

Медицински университет  
„Проф. Д-р Параскев Стоянов“ – Варна

---

Факултет „Обществено здравеопазване“  
Катедра „Здравни грижи“

**Теодора Тодорова Тодорова**

**ПОДКРЕПЯЩАТА РОЛЯ НА МЕДИЦИНСКАТА  
СЕСТРА ЗА ПАЦИЕНТИ НА ХЕМОДИАЛИЗА  
(МЕДИКО-СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ)**

**АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертационен труд  
за придобиване на образователна и научна степен „Доктор“

Научна специалност „Управление на здравните грижи“

**Научен ръководител:**

Проф. Соня Тончева, д.оз.н.

**Научен консултант**

Доц. д-р Добрин Паскалев, д.м.

**Официални рецензенти:**

Проф. Иваничка Атанасова Сербезова, д.п.

Проф. д-р Коста Славов Костов, д.м.

**Варна, 2018 г.**

Дисертационният труд съдържа 176 страници, включващи 5 таблици и 55 фигури. Приложения – 6. Цитирани са 170 литературни източници, от които 116 на кирилица, 54 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден и предложен за защита на катедрен съвет на Катедра Здравни грижи при Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов” – Варна.

Официалната защита на дисертационния труд ще се състои на 18.02.2019 г. от 14.00 часа в зала А на МК – Варна, на открито заседание на Научното жури. Материалите по защитата са на разположение в Научен отдел на МУ – Варна и са публикувани на интернет страницата на МУ – Варна.

## Съдържание

<b>1. Въведение</b>	5
<b>2. Методика на научното изследване</b>	7
2.1. Цел, задачи и хипотези на дисертационното изследване	7
2.2. Дизайн на проучването	8
2.3. Организация на проучването – етапи и място	11
2.4. Методи на проучването	15
2.5. Инструментарий на проучването	16
2.6. Критерии за доказване на работните хипотези	22
<b>3. Подкрепящата роля на медицинската сестра за диализирани пациенти</b>	24
• Алгоритъм за сестрински дейности в ОДЛ	24
• Обучение, което медицинската сестра провежда на близки и придружители на пациенти на ХД	28
<b>4. Резултати и обсъждане</b>	33
4.1. Мнение на пациентите относно информация, която могат да получат от брошурата „Как да живеем с хемодиализно лечение“ и чрез прилагане на програмата „Да живееш с ХД“	33
4.2. Обсъждане на резултатите за КЖ на болни с ХБЗ на ХД	42
4.3. Анализ на резултатите от Здравна карта за мониторинг състоянието на пациентите на ХД	52
4.4. Участие на медицинската сестра в многопрофилния екип, обгрижващ пациенти на ХД	54
<b>5. Изводи, препоръки и приноси</b>	57
5.1. Изводи	57
5.2. Препоръки	58
5.3. Приноси	59
<b>Научни публикации и участия във връзка с дисертационния труд</b>	61

## Използвани съкращения

АН – артериално налягане

AV – артерио-венозен достъп

БТ – бъбречна трансплантация

ВАС – визуална аналогова скала

ДЛ – диализно лечение

ДП – диализна процедура

ЕГ – експериментална група

K<sup>+</sup> – калий

КАПД/CAPD – континуирана амбулаторна перитонеална диализа

КГ – контролна група

КЖ – качество на живот

ЛОР – лечебно-охранителен режим

ОБЗ – остро бъбречно заболяване

ОДЛ – отделение „Диализно лечение“

ПД – перитонеална диализа

ТБЗ – терминално бъбречно заболяване

ТТ – телесно тегло

СА – социална активност

СД – съдов достъп

УФ – ултрафилтрация

ХБЗ – хронично бъбречно заболяване

ХД – хемодиализа

ХХДЛ – хронихемодиализно лечение

## 1. Въведение

Глобална тенденция на заболяемостта през последните десетилетия е нейното хронифициране. Делът на хората с хронични заболявания значително е нараснал. Острото и хроничното бъбречно заболяване, ако не се лекуват, може да доведат до смърт за дни или седмици. Днес в света над 2,8 млн. пациенти в краен стадий на хронично бъбречно заболяване (ХБЗ) продължават да живеят благодарение на диализните методи за очистване на кръвта – хемодиализа (ХД) и перитонеална диализа (ПД). Ежегодно приблизително 125 – 130 пациенти на милион население в България достигат до пети стадий, който налага започване на диализно лечение (ДЛ).

Диализната популация към момента е около три хиляди и петстотин, като се отчита трайна тенденция контингентът от болни да се увеличава, както у нас, така и в света.

Хемодиализното лечение поставя проблеми от най-различен характер, за решението на които от значение е прилагането на комплекс от грижи за пациентите. Тук се включват: запознаването им с новия режим и начин на живот; хранене съобразно спецификата на терминалното бъбречно заболяване (ТБЗ); грижи за съдовия достъп (СД) и превенция на усложненията; запазване на социалните контакти и физическата активност. С всяка проведена диализна процедура (ДП) пациентите се приучават да преживяват своята болест. Получават морална и психическа подкрепа, както от страна на персонала, грижещ се за тях, така и от страна на техните близки и придружители. Целта е висока степен на удовлетвореност от провежданата процедура, от начина на живеене и запазване КЖ.

Битието на пациентите с ХБЗ е утежнено и те трябва да се съобразяват с много неща, да са готови да се адаптират към новия начин на живот. Адаптацията към хроничната болест е труден, бавен и сложен процес, това поражда у пациента силни емоционални реакции.

Причините да проучим тази проблематика са, че хемодиализираните са пациенти, които се нуждаят от психологическа подкрепа, а също така и от съвети, чрез които да се приспособят и справят с новите проблеми и с новия начин на живот. Следва да се изтъкне актуалността на темата, тъй като това са най-често пациенти в трудоспособна възраст, семейни, с или без деца, за които животът не свършва със започване на бъбречно-заместително лечение.

## **2. Методика на научното изследване**

### **2.1. Цел, задачи и хипотези на дисертационното изследване**

**Цел:** Да се проучи по какъв начин подкрепящата роля на медицинската сестра при пациенти на хемодиализно лечение може да осигури намаляване на усложненията по време на диализната процедура, повишаване качеството на живот и социалната активност на диализно болните.

На тази база да се предложат алгоритми:

- за сестрински дейности в ОДЛ;
- при спешни пациенти;
- при планови пациенти.

За реализиране на поставената цел, следва да се изпълнят следните **задачи:**

1. Да се проучат добри практики в Европейски страни:
  - свързани с пациенти с терминален стадий на ХБЗ;
  - свързани с предоставяната грижа от медицински сестри.
2. Да се проучи необходимостта на пациентите от допълнителна информация, относно начин на живот с ХД – грижи за СД, хранене, поддържане на социална активност и да се предвиди провеждане на обучителна сесия за придружителите.
3. Да се разработи и апробира **Програма за сестринска грижа** при пациенти на ХД.
4. Да се анализират и обсъдят резултатите по зададените критерии.
5. Да се проучи каква е удовлетвореността от провеждането на Програмата, самооценката за КЖ, полезност и енергичност от пациентите на ХД.

6. Да се проучи мнението на медицинските сестри, относно дейностите които извършват в диализните структури в университетските болници във Варна, Русе, Пловдив и Плевен.
7. Да се изготвят **Алгоритми за дейности на медицинската сестра**, работеща в диализно отделение.

Като работни **хипотези** приемаме:

- При приложение на комплексна сестринска грижа за пациентите на хемодиализа ще се намалят усложненията, свързани с хемодиализната процедура, ще се повиши социалната им активност и качеството им на живот, след прилагане на програмата “Да живееш с хемодиализа”.
- Прилагането на програмата “Да живееш с хемодиализа” няма да доведе до намаляване на усложненията, свързани с хемодиализната процедура и повишаване на социалната активност и качеството на живот на диализираните пациенти.

## ***2.2. Дизайн на проучването***

### ***Обект и предмет на проучването***

***Обект*** на проучването са:

- пациентите, провеждащи ХД в отделение „Диализно лечение“, към УМБАЛ-АД, гр. Русе;
- медицински сестри, работещи в диализни структури във Варна, Русе, Пловдив и Плевен.

***Предмет*** на изследването е сестринската грижа за пациенти на ХХДЛ:

- ЛОР на пациентите между диализните сеанси;
- Показатели за резултатност на режима и диетата;



- Социална активност и качество на живот;
- Степен на удовлетвореност от положените здравни грижи.

### ***Характер и обхват на проучването***

В проучването участват общо 201 респонденти, от които:

- ✓ пациенти, разпределени в две групи – експериментална група (ЕГ) и контролна група (КГ), на принципа на равнопоставеност, по определени критерии (n=130);
- ✓ медицински сестри (n=71).

За да се оцени полезността и необходимостта от придобиване на знания и навици за живот с ХД се сформират две групи пациенти:

- ***Първа група – ЕГ*** – на пациентите се прилага програмата за дългосрочна сестринска грижа.
- ***Втора група – КГ*** – на пациентите се прилагат приетите в отделението рутинни грижи.

### ***Критерии за подбор на пациентите в експериментална група:***

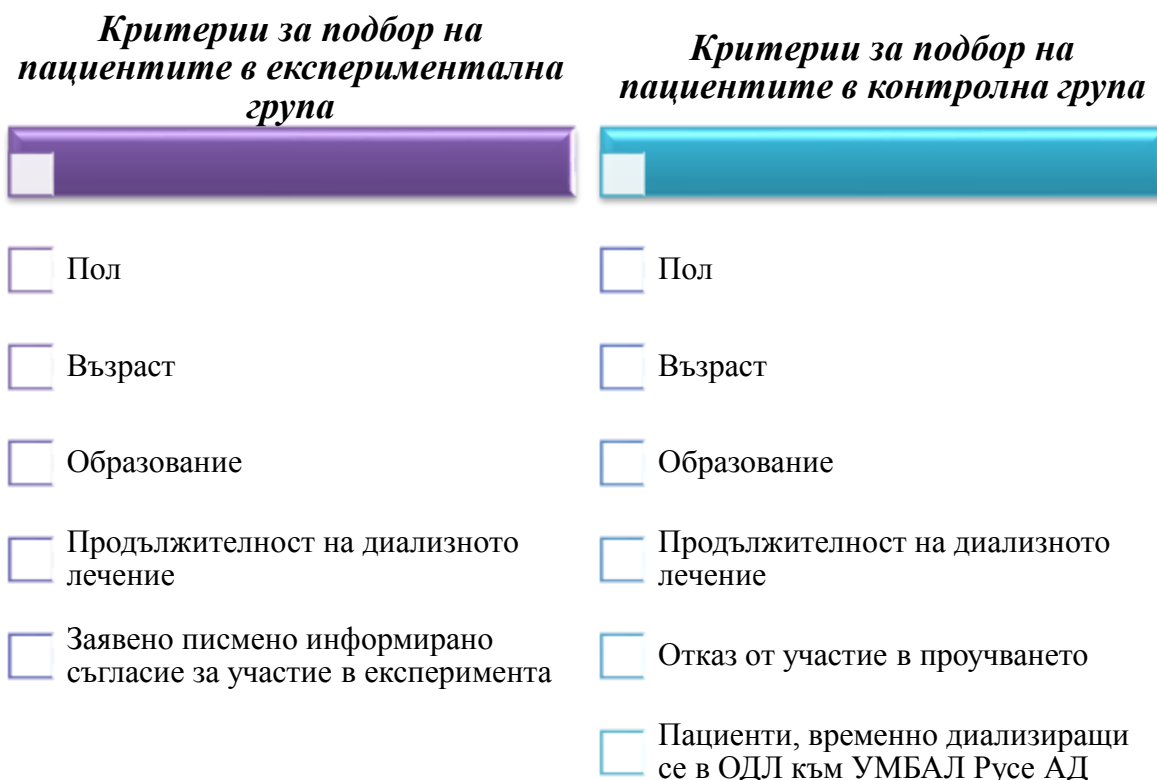
- Пол
- Възраст
- Образование
- Продължителност на диализното лечение
- Провеждане на ХХДЛ в ОДЛ към УМБАЛ Русе АД.
- Заявено писмено информирано съгласие за включване в проучването.

### ***Критерии за подбор на пациентите в контролна група:***

- Провеждане на ХХДЛ в ОДЛ към УМБАЛ Русе АД.

- Пациентите да не се различават от основната група, включена в проучването, по пол, възраст, образование, продължителност на диализното лечение.

Схематично критериите за подбор на пациенти в ЕГ и КГ са представени на фиг. 1.



**Фиг. 1. Критерии за подбор на пациентите в експериментална и контролна групи**

Апробирана е собствено разработена програма сред група от 65 пациенти, провеждащи ХХДЛ в ОДЛ към УМБАЛ Русе АД. Програмата бе приложена в групи от по 11 пациенти в продължение на 13 последователни диализни сеанси. След приключването на интервенцията отново се проведе анкета, за да се установят настъпилите промени при тях, относно начин на живот с ХД.

За проучване мнението на медицинските сестри относно грижите, които полагат за болните на ХД, беше проведена анкета сред медицински сестри (n=71) от УМБАЛ „Св. Марина“ гр. Варна (n= 24), УМБАЛ „Георги Странски“ гр. Плевен (n= 22), УМБАЛ “Св. Георги“ гр. Пловдив (n= 12) и УМБАЛ – Русе – АД (n= 13).

### **2.3. Организация на проучването – етапи и място**

- **Етапи на дисертационното изследване – дейности, приложен инструментариум и време**

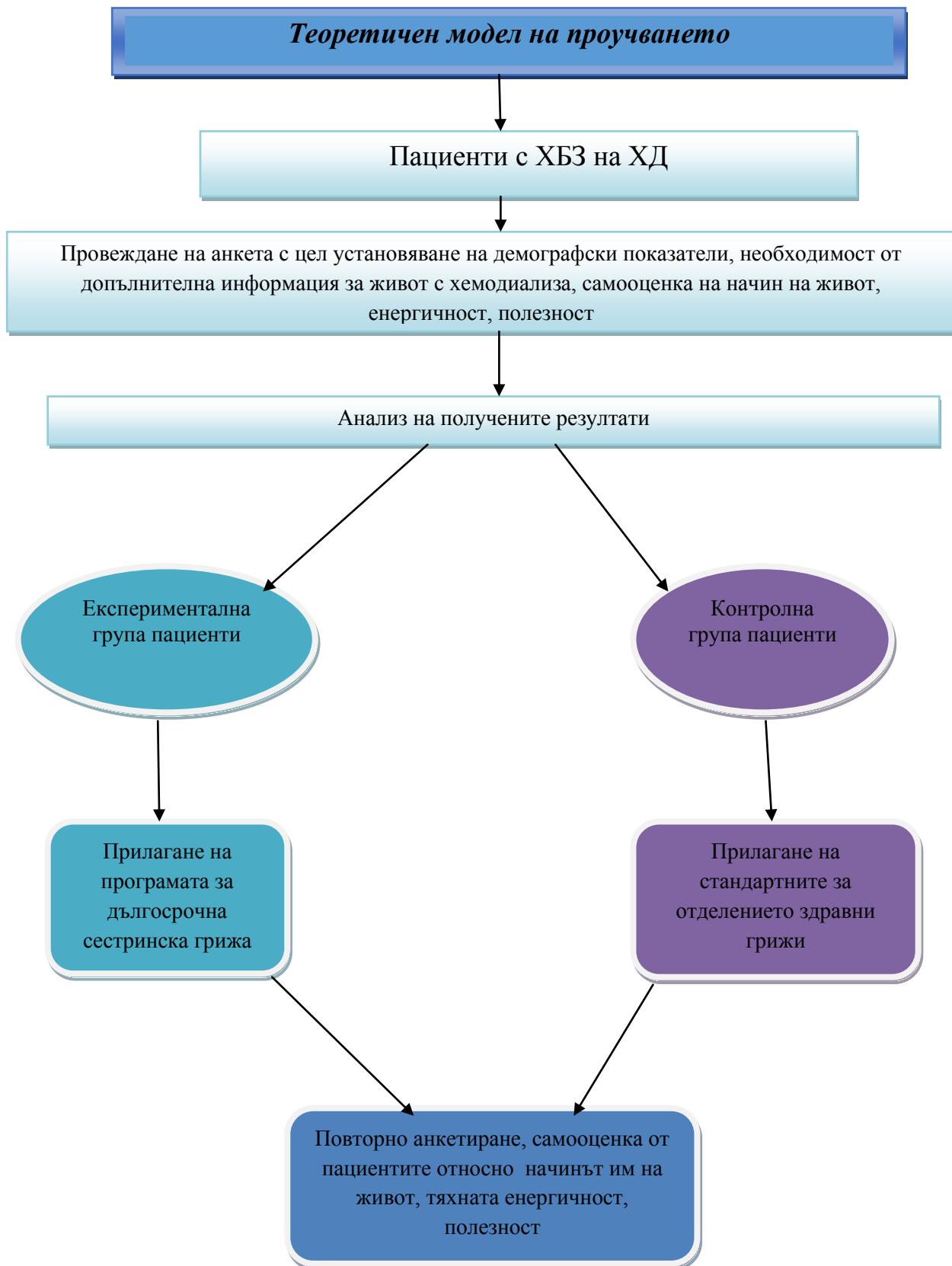
Организацията на дейностите по дисертационния труд обхващат следните етапи, представени в табл. 1.

**Табл. 1. Етапи на дисертационното изследване**

<b>Етап</b>	<b>Дейност</b>	<b>Инструмент</b>	<b>Период</b>
<b>I Етап</b>	Исторически обзор; проучване състоянието, актуалността и формулиране на проблема; определяне на цели и задачи; методология и инструментариум за провеждане на проучването.		м. Април 2017 г.
<b>II Етап</b>	Провеждане на анкета за проучване на демографските показатели и необходимостта на пациентите от допълнителна информация относно начинът им на живот с ХД; самооценка на тяхната енергичност, способност за извършване на ежедневните дейности, оценка на качеството на живот.	Анкетна карта №1 (Приложение 1); Визуална аналогова скала (Приложение 3)	м. Септември 2017 г.

<b>III Этап</b>	Анализ на получените резултати и определяне на експериментална и контролна групи пациенти.		м. Септември 2017 г.
<b>IV Этап</b>	Наблюдение и проследяване на пациентите от двете групи чрез попълване на здравна карта за мониторинг на състоянието им. Разработване на авторска програма, информационна брошура и алгоритми за сестрински дейности.	Здравна карта за мониторинг състоянието на пациентите на хемодиализа (Приложение 4)	м. Октомври 2017 г.
<b>V Этап</b>	Апробиране на програмата при експерименталната група пациенти.	Програма (Представена в Глава пета)	м. Октомври 2017 г.
<b>VI Этап</b>	Повторно анкетно проучване на пациентите; самооценка на тяхната енергичност, способност за извършване на ежедневните дейности, оценка на качеството на живот.	Анкетна карта №2 (Приложение 2), Визуална аналогова скала (Приложение 3)	м. Ноември 2017 г.
<b>VII Этап</b>	Провеждане на анонимно анкетно проучване сред медицински сестри, работещи в диализна структура	Анкетна карта №3 (Приложение б)	м. Август 2017 г.
<b>VIII Этап</b>	Оформяне на изводи и предложения.		м. Октомври 2018 г.

Теоретичният модел, по които се провежда проучването е показан на фиг. 2.



**Фиг. 2. Теоретичен модел на проучването**

- **Място на проведеното проучване**

- ✓ **Проучването запациентите** е проведено в Отделение „Диализно лечение” към УМБАЛ Русе АД. За установяване необходимостта от информация относно режим и начин на живот с ХД се проведе анкета сред тях. За доказване на работните хипотези се проведе проучване с част от пациентите, изразяващо се в апробиране на Програма за придобиване навици за живот с ХД. След проведения експеримент се проведе повторно анкетиране на всички пациенти за установяване на ефективността на Програмата.
- ✓ **Проучване мнението на медицинските сестри**, относно дейностите, които извършват, се проведе през м. Август 2017 г. в отделенията за хемодиализа към университетските болници в Русе, Варна, Пловдив и Плевен. Анкетата е анонимна с цел получаване на максимално достоверна информация.

Отделение „Диализно лечение” към УМБАЛ-Русе-АД, е специализирано за лечение на болни с ТБЗ и ОБЗ, екстракорпорално очистване на кръвта при екзогенни и ендогенни отравяния, както и диспансерно наблюдение на болни с по-лека степен на бъбречно заболяване. В отделението се осъществява лечение с ХД, CAPD и други методи за извънтелесно очистване на кръвта, с цел спасяване, удължаване и подобряване живота на болните с ХБЗ. Намира се на втория етаж на корпус Б, разкрити са 23 поста с функциониращи апарати, винаги има на разположение резервен диализен апарат, за подмяна на повреден, или за провеждане на спешна диализа. Диализната структура разполага с 5 зали за ХХДЛ.

През 2016 г. през отделението преминават 239 болни. Извършени са общо 19 962 ДП. Наблюдават се и се обслужват 2 пациенти на ПД и 130 пациенти на ХХДЛ. Отделението обслужва следните потоци болни :

- от гр. Русе, региона и Североизточна България;

- от отделенията на УМБАЛ-Русе-АД.

#### **2.4. Методи на проучването**

- **Анкетен метод** – анкетно проучване за събиране, обобщаване и анализиране на информацията относно мнения и оценки:
  - на пациентите на ХХДЛ, за да се установи каква е оценката, която те дават за качеството си на живот, енергичността си при извършване на ежедневните си дейности, социалната си активност, необходимост от допълнително обучение за режим и начин на живот с ХД;
  - на медицински сестри, работещи в диализни структури в университетски болници в Плевен, Варна, Пловдив и Русе.
- **Социологически методи:**
  - **Документален метод** – проучване на медицинска документация и на нормативни документи: стандарти и методически указания за провеждане на ДЛ.
  - **Исторически метод** – проучване на литературни източници, проследяване развитието на ДЛ.
- **Теоретични методи** – теоретично моделиране.
- **Експериментален метод** – апробиране на Програмата.
- **Графичен метод** – за визуализиране на резултатите.
- **Статистически методи** – за обработка и анализ на резултатите от проучването. За обработка на данните е използвана статистическа програма SPSS 16.0.
  - **Достоверна вероятност** (сигнификантност) –  $p$ . При коефициенти  $p=0,95$  (95%), грешката от I род е 0,05 (5%);
  - **Интервали на доверителност (CI)** – интерпретират се като вероятността посоченият интервал да съдържа в себе си реалната точкова оценка на популацията. Използвали сме 95% интервали на доверителност;

- *Непараметричен анализ* – критерий  $\chi^2$  (хи-квадрат) на Pearson или  $\tau$ -анализ на Kendall;
- *Корелационен анализ* – за оценка на зависимостта между изследваните показатели. Взети са под внимание зависимости, валидни при високо ниво на статистическа достоверност  $P \geq 95\%$ . Изчислени са  $r$ -коефициентите на Kendall по метода “всеки срещу всеки”.

## 2.5. *Инструментариум на проучването*

Спазването на режим и начин на живот с бъбречно заболяване е предизвикателство за всеки пациент, започващ ДЛ. Продължителността на лечението и количествата на приеманите лекарства влияят негативно на съдействието им за спазване на диетичния режим. Съдействието на болния на ХД зависи и от образователния ценз. Ето защо важна задача на персонала, работещ с тези пациенти, е осигуряването на адекватна информация за заболяването и неговото лечение. Терминалният стадий на което и да е бъбречно заболяване в крайна сметка води до влошено КЖ – инвалидизация, невъзможност за упражняване на професията, прием на медикаменти и необходимост от полагане на здравни грижи, развитие на депресия, нарушен сън, лесна уморяемост, намалена сексуална активност.

Удовлетворението на пациентите от положените за тях здравни грижи е съществен елемент в ежедневната медицинска дейност. Поради разнообразните аспекти на извършваните мероприятия, от значение е да се проведат анкети за проучване необходимостта от допълнителна информация относно грижите за СД, разрешени и забранени храни, поддържане на СА. Бъбречно болните на ХХДЛ изискват комплексно, дългосрочно обгрижване, непрекъснат мониторинг и обратна връзка, за да се осъществи високо качество на медицинското обслужване. За целта на проучването са собствено разработени 3 анкетни карти.



- ***Анкетни карти за пациенти***

✓ ***Анкетна карта №1*** (Приложение№1) с 12 въпроса, насочени към пациенти, провеждащи ДЛ. Изследва необходимостта от допълнителна информация, относно живота с ХД. Анкетната карта е собствено разработена, първите четири въпроса са свързани с демографската характеристика на пациентите. Тъй като ДП тотално променя живота и мирогледа, важно е да знаем доколко хемодиализираните знаят как да се грижат за себе си, а при невъзможност техните придружители да извършват това, затова следващите въпроси са насочени към информираността им относно:

- СД;
- хранене;
- поддържане на СА.

✓ ***Анкетна карта №2*** (Приложение№2), цели да проучи какви са резултатите след провеждането на програмата „Да живееш с хемодиализа“, което има връзка с настъпили промени в качество и начин на живот, удовлетвореност, подобряване на СА и енергичност. Съдържа 12 въпроса, като четири от тях са свързани с изследване доколко провеждането на програмата е било полезно за пациентите на ХД. Останалите въпроси дублират тези от анкетна карта №1, като е запазена номерацията и се използват като база данни за сравнение от двете анкетни карти.

- ***Анкетна карта за медицински сестри***

✓ ***Анкетна карта №3*** (Приложение №6) – за проучване дейностите, които извършва медицинската сестра, работеща в диализна структура. Анкетната карта е анонимна и съдържа 14 въпроса. Изследва се ролята и мястото на специалистите по здравни грижи в многопрофилния екип, обгрижващ пациенти на ХД. Включени са въпроси, информиращи ни за мнение, относно:

- необходимостта от специалност диализна медицинска сестра;
- възможност за самостоятелност и инициативност на работното място;
- удовлетвореност от ежедневната работа;
- повишаване на квалификацията и професионално развитие;
- осъществяване на автономни сестрински дейности.

Съдържа въпроси за продължителност на работа с пациенти с ХБЗ на ХД, както и възрастова характеристика на изследваните лица.

Съвременното обучение в медицинските колежи и университети подготвя кадри, които имат компетенциите самостоятелно да полагат необходимите грижи за болните хора. В учебната програма не са включени часове за сестрински грижи при диализно болни. Специалистите, които започват работа в диализно отделение, не са запознати с естеството на дейностите, които трябва да извършват. Чувстват се недостатъчно подготвени и изпитват притеснение дали ще се справят със задълженията си. Изграждането на диализна медицинска сестра е дълъг процес – необходимо е минимум 6 месечно обучение, за да стане пълноценен член на екипа.

За осъществяване целите на проучването са използвани:

- ✓ **Визуална аналогова скала** (Приложение №3), съдържа три въпроса и чрез нея пациентите оценяват своята енергичност, способността си да извършват обичайните си дейности и определят общо качеството си на живот през изминалата седмица. Тази скала има вид на термометър и пациентите сами определят състоянието си. Критериите се ранжират от 0 до 100 и оценката, която могат да дадат варира от „Лошо“, „Добро“, до „Много добро“. Благодарение на тази скала пациентът интерпретира с по-голяма прецизност това, което чувства, като отбелязва мястото, което отговаря на неговото състояние в момента и е трудно за него да манипулира резултатите. Оценява се ежедневната функция, основана на

субективните нагласи и опита за физическо, социално и емоционално здраве, като оценката, която се получава е от гледната точка на пациента.

**Визуалната аналогова скала** се попълва от пациентите непосредствено след попълване на анкетни карти №1 и №2 и се съпоставят резултатите преди и след апробирането на програмата. Анализът на резултатите показва степента на промяна в начинът им на живот.

✓ **Здравна карта за проследяване състоянието на пациентите по време на всяка диализна смяна** (Приложение №4), собствено разработена за целта на проучването, като основни **критерии** са:

- *килограми между диализните сеанси,*
- *стойности на кръвното налягане,*
- *липса или наличие на субективни оплаквания както по време на провеждането на ДП, така и между диализните сеанси,*
- *резултати от кръвни изследвания,*
- *остатъчна диуреза,*
- *количество приети течности,*
- *консумиране на забранени храни,*
- *употреба на алкохол и цигари.*

Наддаването на килограми между диализните сеанси, стойностите на кръвното налягане, резултатите от месечните изследвания са обвързани с режима и диетата, които болните на ХД спазват. Изследването на количеството остатъчна диуреза е свързано с разрешенния обем течности, които пациентите могат да приемат за 24 часа. Според изискванията на НЗОК веднъж месечно рутинно се провеждат кръвни изследвания на всички пациенти на ХД. За целта на проучването се използват данните от резултатите, като се сравняват стойностите преди, по време и два месеца след апробирането на програмата. Анализират се резултатите на

хемоглобин, хематокрит, урея и креатинин, тъй като те са показател за правилното спазване на хранителния режим.

**Здравната карта** онагледява състоянието на пациента в рамките на 1 месец, както и прогреса в овладяването на уменията да се живее с ХД (табл. 2.)

**Табл. 2. Здравна карта за мониторинг състоянието на пациентите**

Име:.....ГОД.....

Критерии		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
УФ														
АН														
Субективни оплаквания по време на ХД														
Субективни оплаквания между диализните сеанси														
Резултати от месечни изследвания	Нв													
	Н-t													
	Urea													
	Creat.													
Количество приети течности за един ден	до 500 мл													
	до 1000 мл													
	до 1500 мл													
Консумиране на храни, богати на K <sup>+</sup> между диализите														
Употребяване на алкохол (дневно)	Концентрат до 100мл													
	Бира до 330 мл													
	Вино до 200 мл													
Брой изпушени	1-2 цигари													
	до 5 цигари													

цигари (дневно)	до 10 цигари													
	до 20 цигари													
Остатъчна диуреза														

**Брошура „Как да живеем с хемодиализно лечение“** (Представена в Глава пета). На всички пациенти (от ЕГ и от КГ), след попълване на анкетна карта № 1 и ВАС, е предоставена брошурата, за да бъдат равнопоставени участниците в двете групи. Съдържа практически съвети за правилно определяне на диетичния режим, какви грижи да полагат за СД. В последната част са поместени и думи за подкрепа. Затова информацията е с практическа насоченост и съдържа полезни съвети.

✓ **Дизайн на Програма „Да живееш с хемодиализа“** (Представена в Глава пета). Програмата е собствено разработена и е приложена сред 65 пациенти на ХД. Прилагането ѝ допринася за повишаване информираността на пациентите относно необходимия хранителен режим, грижите за СД и начините за повишаване на СА. Предвидени са конкретни теми за обсъждане:

- ✚ *Какво представляват Вашите бъбреци?*
- ✚ *Какви са методите за лечение при ХБЗ?*
- ✚ *Хемодиализа – предимства и недостатъци.*
- ✚ *Перитонеална диализа – предимства и недостатъци.*
- ✚ *Бъбречна трансплантация.*
- ✚ *Видове съдов достъп и грижи.*
- ✚ *Хранене при пациенти на хемодиализа.*
- ✚ *Разрешени храни.*
- ✚ *Забранени храни.*
- ✚ *Как да определя дневния прием на течности?*
- ✚ *Как да съставя правилно дневно меню?*

✚ *Поддържане на социална активност и хобита.*

✚ *Физическа активност при пациенти с ХБЗ на ХД.*

Чрез Програмата се цели постигане на ефективен диалог и възможност за емоционална подкрепа както от персонала, така и един от друг. Предвижда се провеждане на групови и индивидуални (при необходимост) беседи. Развива се самоконтрол у тях, чрез което се цели приучване към правилен режим и начин на живот.

✓ ***Брошура за информация на пациента и Формуляр за информирано съгласие*** (Приложение №5) – Представява писмен документ за доброволно участие в проучването между изследователя и участника, в него подробно е описана процедурата, информация за изследването, правата и задълженията на всяка една от страните. Пациентът подписва писмено информирано съгласие преди започване на изследването. Съгласието се валидира чрез саморъчно вписване на трите имена на пациента, дата и подпис. Съответно се вписват и имената на изследователя, подпис и телефон за връзка. Брошурата за информация и Формулярът за информирано съгласие се изготвят в два екземпляра. Един оригинален екземпляр от подписания и датиран Формуляр за информирано съгласие се съхранява от изследователя и един оригинален екземпляр се дава на пациента. Информираното съгласие за проучването може да бъде оттеглено по всяко време.

## ***2.6. Критерии за доказване на работните хипотези***

Хроничните заболявания влияят върху психологическия статус на пациентите, като оказват значими последици върху качеството им на живот. Пациентите обикновено насочват вниманието си върху способността да изпълняват ежедневните си дейности, а не върху необходимостта от различни изследвания и медикаменти, които приемат. Отчита се влиянието на болестта върху личния живот, като тук се

включват емоционалността, семейството, социалния и професионалния живот. Поведението на индивида влияе на текущата оценка на неговото здравно състояние. Изследване КЖ дава по-пълна оценка за въздействието на болестта и служи за разработване на рентабилни стратегии за управление на здравните грижи.

За доказване на работните хипотези се разглежда КЖ на пациенти с ХБЗ на ХД. Във фиг. №3 в систематизиран вид са представени критериите и използвания инструментариум.

Критерии	Инструментариум
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Спазване на диетичен режим</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Анкетна карта №1, №2; въпрос 6, 7, 8; Здравна карта за мониторинг състоянието на пациентите на хемодиализа</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Съдов достъп</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Анкетна карта №1, №2; въпрос 9,10</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Социална активност</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Анкетна карта №1, №2; въпрос 11, 12</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Способност за извършване на обичайни дейности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Визуална аналогова скала, въпрос 2</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Самооценка на качество на живот от пациентите</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Визуална аналогова скала, въпрос 3</li> </ul>

**Фиг. 3. Критерии и инструментариум за изследване качеството на живот на пациенти с ХБЗ на ХД**

### **3. Подкрепящата роля на медицинската сестра за диализирани пациенти**

#### **➤ Алгоритми за сестрински дейности в ОДЛ**

Анализът на резултатите от анкетна карта №1 показва, че пациентите имат необходимост от подкрепящата роля на медицинската сестра, относно режим и начин на живот с ХД. Създадоха се алгоритми за сестрински дейности в ОДЛ за планови и спешни пациенти, като това е начин да се стандартизират и да се повиши качеството на здравните грижи. Алгоритмите са основа за осъществяване на добра сестринска практика и представляват поредица от инструкции и стъпки за извършване на дейности, регламентират последователни действия и гарантират квалифицирано изпълнение на процедурите. Изработени са въз основа на спецификата на работата на медицинската сестра, работеща в ОДЛ и спецификата при обгрижване на болни с ХБЗ на ХД.

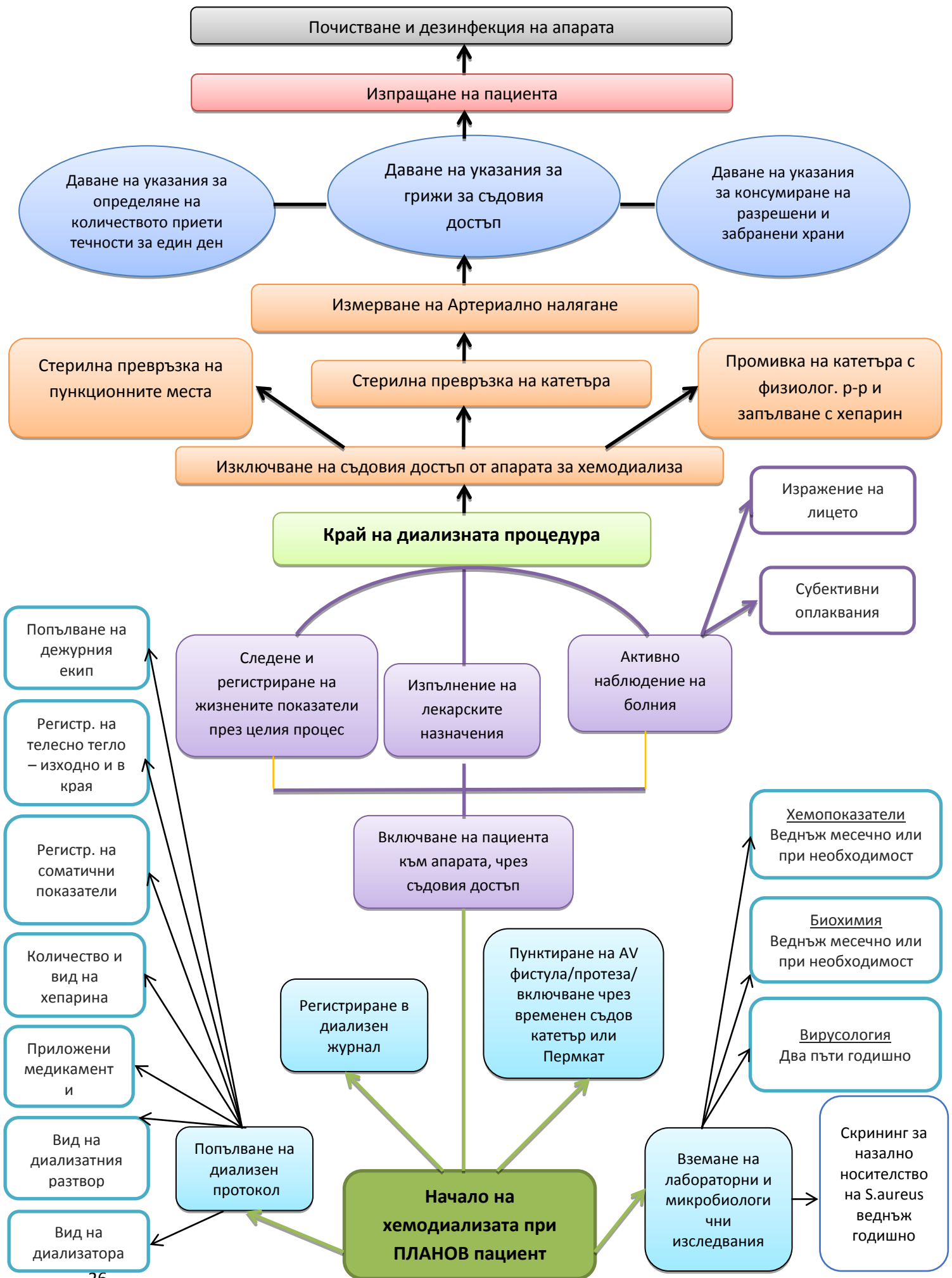
Разработените алгоритми представят:

- приемане на болен в отделението за диализно лечение (фиг. 4);
- дейности на медицинската сестра при обгрижване на планов пациент (фиг. 5);
- дейности на медицинската сестра при обгрижване на спешен пациент (фиг. 6).

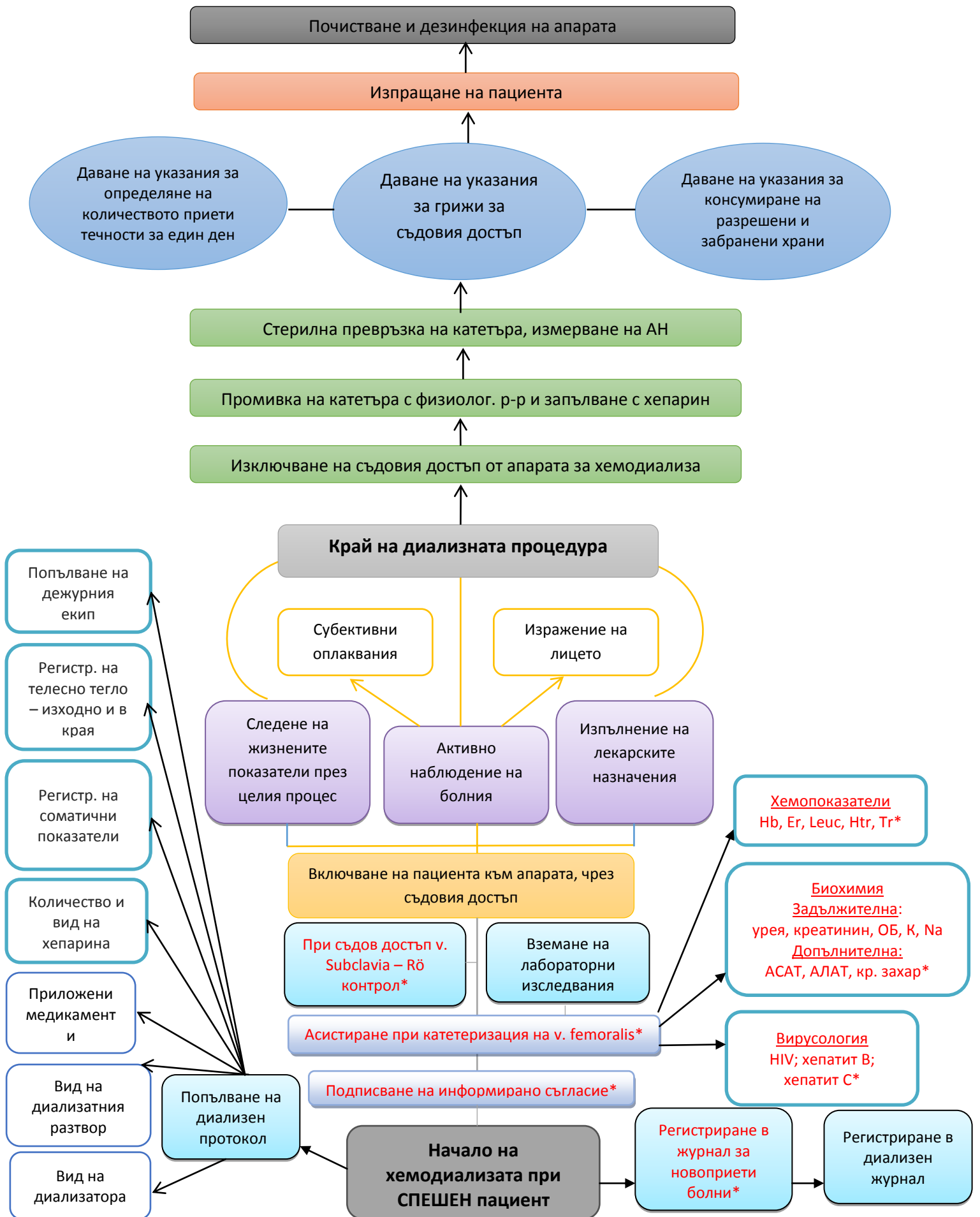




**Фиг. 4. Алгоритъм за приемане на болен в отделението**



Фиг. 5. Алгоритъм за дейностите на медицинската сестра при планов пациент



**Фиг. 6. Алгоритъм за дейностите на медицинската сестра при спешен пациент**

По реда на приемане пациентите, които постъпват за лечение в ОДЛ, са планови и спешни. Планови са тези пациенти, които са включени в графика за провеждане на ДП, имат конструиран СД и провеждат регулярно ХХДЛ. Спешни са тези, които постъпват за първи път в отделението и състоянието им налага провеждането на ДП по спешност. Необходимо е болният да подпише Съгласие за осъществяване на спешен съдов достъп и провеждане на процедурата и Формуляр за информирано съгласие. На фиг. 6 с червен цвят и звездичка са маркирани дейностите, които се извършват само при спешни пациенти.

Описани са стъпка по стъпка дейностите, които извършват специалистите по здравни грижи при:

- приемане на болен;
- полагане на общи сестрински грижи при провеждане на ДП;
- полагане на специални сестрински грижи при провеждане на ДП;
- осъществяване на необходими изследвания;
- боравене с медицинската апаратура;
- попълване на медицинската документация.

Въвеждането на алгоритмите повишава ефективността на медицинското обслужване, оптимизира дейността на медицинските сестри и практическата значимост се определя от възможността за проследимост на процеса.

- ***Обучение, което медицинската сестра провежда на близки и придружители на пациенти на ХД***

Провеждането на диализни сеанси е съпроводено с чувството на зависимост от апарата за ХД, ограничение на мобилността, спазване на строга диета, понякога инвалидизация – това са все стресогенни фактори за пациентите с ХБЗ на ХД. Възниква въпросът за качеството на този живот с

ДЛ, а също и как да се повиши удовлетвореността у пациентите. Влияние върху самочувствието на болния оказват усложненията и ограниченията, които налага заболяването.

Запознаването на придружителите с режима и начинът на живот с ХД допринася да се подпомогнат пациентите при промяната на своето ежедневие, съобразено с провеждането на ДП, спазване на необходимата диета, с цел да се запази общото им качество на живот. Основен мотив при провеждане на обучението е придружителите да придобият необходимите знания за живот с ХД и да могат да откликват адекватно на нуждите на близките си, страдащи от ХБЗ. Подкрепата на близките спомага да се превъзмогне стресът, депресията, тревожността, негативното отношение към всичко, които оказват отрицателно влияние върху провежданото лечение.

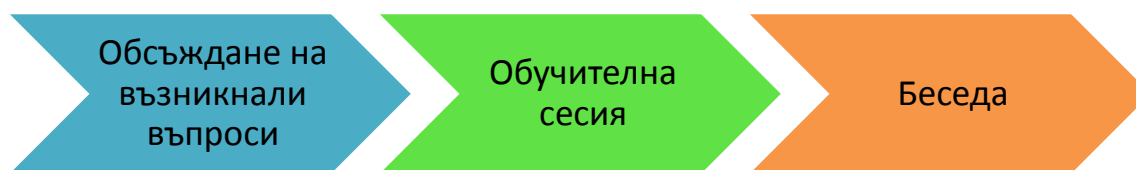
Основна задача на придружителите на пациентите е да ги подпомагат и да им оказват съдействие до започване на диализната процедура и след нейното приключване. Обикновено времето, през което се провежда сеанса, е свободно за придружителите – някой от тях го използват да закупят медикаменти, храна, да пият кафе или просто скучаят. За да могат да бъдат максимално полезни на своите близки с хронично заболяване и за да могат да реагират адекватно в кризисна ситуация се извършва запознаване на близките и на придружителите на пациентите с режима и начинът на живот с хемодиализа. В кратки обучителни сесии на придружителите се предоставя информация относно:

- заболяването на техните близки;
- методи за лечение;
- възможности за бъбречна трансплантация;
- какъв хранителен режим трябва да се спазва;
- необходимост от контрол на АН;
- грижи за СД;

- поддържане на двигателна и социална активност;
- подпомагане на пациента при удовлетворяване на неговите индивидуални нужди;
- съвети как техните близки да преодолеят по-лесно депресията, изолацията и самосъжалението.

Продължителността на сесиите варира в зависимост от желанието и времевия ресурс на участниците, но не по-малко от 10 минути и не повече от 30 минути. Участват придружители, които устно са изразили съгласието си за това.

На фиг. 7 са показани стъпките, през които преминава обучението на близките и придружителите на хемодиализните пациенти.



**Фиг. 7. Стъпки при обучение на близки и придружители на пациенти на ХД**

Обучението на придружителите на пациентите на ХД дава спокойствието и увереността, че те притежават нужната компетентност да обгрижват правилно своите близки. Наличието на познания води до преодоляване на страха от неизвестното и несигурността за бъдещето. Също така те получават и подходяща морална подкрепа от страна на медицинския персонал, тъй като към процедурите трябва да привикнат не само пациентите, но и хората, които ги съпътстват в живота с ХД. Това води до постигането на основната цел, а именно по-бързо и по-лесно адаптиране към промените в стила и начинът на живот, които налага хроничното заболяване.

За да се постигне положителен резултат от обучението медицинската сестра реализира изпълнението на следните задачи, показани на фиг. 8.



**Фиг. 8. Задачи на медицинската сестра при провеждане на обучение на близки и придружители на пациенти на ХД**

Всяка обучителна сесия започва с обсъждане на действията им от предходната ДП до настоящата и дискусия върху възникнали въпроси и реални жизнени ситуации. В края на сеанса се поставят задачи за затвърждаване на придобитите знания:

- ✓ Съставете примерно дневно меню за Вашия близък;

- ✓ Определете какво количество течности могат да приемат за 1 ден пациентите на ХД, ако остатъчната урина е 500 мл;
- ✓ Избройте кои храни трябва да се избягват.

Използването на различни методи способства за ефективно обучение на близките и придружителите, което води до повишаване КЖ на пациентите на ХД.



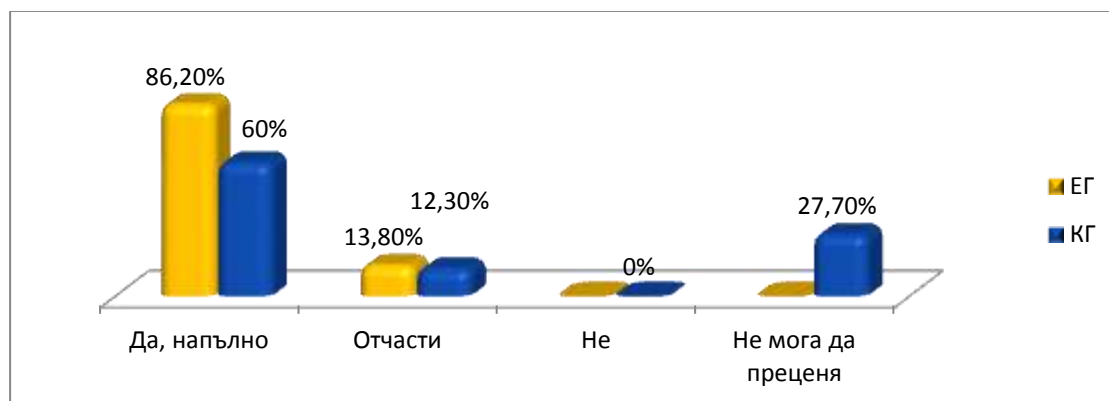
#### 4. Резултати и обсъждане

**4.1. Мнение на пациентите относно информация, която могат да получат от брошурата „Как да живеем с хемодиализно лечение“ и чрез прилагане на Програмата „Да живееш с ХД“**

➤ **Брошура „Как да живеем с хемодиализно лечение“**

Брошурата е разработена с цел да се предостави полезна информация, на достъпен език, с подходящо оформление, която да е в помощ на пациентите на ХД в тяхното ежедневие. Често при започване на лечението те се чувстват объркани и изплашени от това, което им се случва. Указанията, които им дават лекарите и медицинските сестри, за консумиране на разрешени и забранени храни и количество приети течности в повечето случаи „минават покрай тях“ и не остават в съзнанието им – това е разбираемо, поради стресовата ситуация. Информираността способства за по-добър самоконтрол у болния, бърза адаптация към живота с ХД, създава мотивация за спазване на диетичен режим, което води до удължаване на преживяемостта и подобряване качеството на живот.

Получените резултати при анализ на анкетна карта № 2, въпрос № 1, представят мнението на пациентите за полезността на информацията в брошурата „Как да живеем с хемодиализно лечение“ (фиг. 9).



**Фиг. 9. Полезност на информацията от брошурата**

Използването на обучителни материали от страна на пациентите допринася не само за информираността им, но и за подобряване на грижите към самия себе си, за повишаване на мотивацията и за активно включване към изискванията за живот с ХД. Значителна част от пациентите са отбелязали, че напълно им е била полезна информацията – 86,2% от ЕГ и 60% от КГ. Почти еднакъв е процентът на пациентите, за които брошурата е била отчасти полезна (13,8 % от ЕГ и 12,3 % от КГ). Не са могли да преценят 27,7% от КГ. В категорията „не“ липсват отговори.

➤ *Апробиране на програмата „Да живееш с хемодиализа“*

Програмата е авторска разработка и се апробира сред 65 пациенти на ХХДЛ в ОДЛ към УМБАЛ – Русе – АД от старшата медицинска сестра. За проследяване на настъпилите промени в начина на живот на пациентите се попълва анкетна карта №2, която дублира част от въпросите от анкетна карта №1. Повторна самооценка на енергичността, способността за извършване на обичайни ежедневни дейности и КЖ се извършва чрез ВАС. Попълват се след прилагане на програмата „Да живееш с хемодиализа“.

За наблюдение на пациентите по време на прилагането на Програмата се попълва здравна карта за мониторинг на състоянието им.

Когато бъбреците не изпълняват функциите си и се установи ХБЗ се назначава ХД. Проблемът за КЖ при болните, провеждащи ДЛ, поставя два основни въпроса: първият е за степента им на годност по отношение на основните им дейности в микро- и макросоциалната среда и вторият - как заболелите възприемат своите възможности при ограниченията, наложени от болестта и лечебните процедури. От съчетаването на тези два момента се формира степента на социална адаптация, а оттам и КЖ.

Съществени са проблемите, свързани с процеса на преустройство на мисленето и режимът на живот. Именно поради тази причина може да се приеме, че през този период, продължаващ около една година, болните изминават дълъг път, за да открият себе си и да намерят мястото си в социалното обкръжение. Трябва да се отбележи, че през тази една година - време на стабилизиране на пациентите, КЖ не е високо.

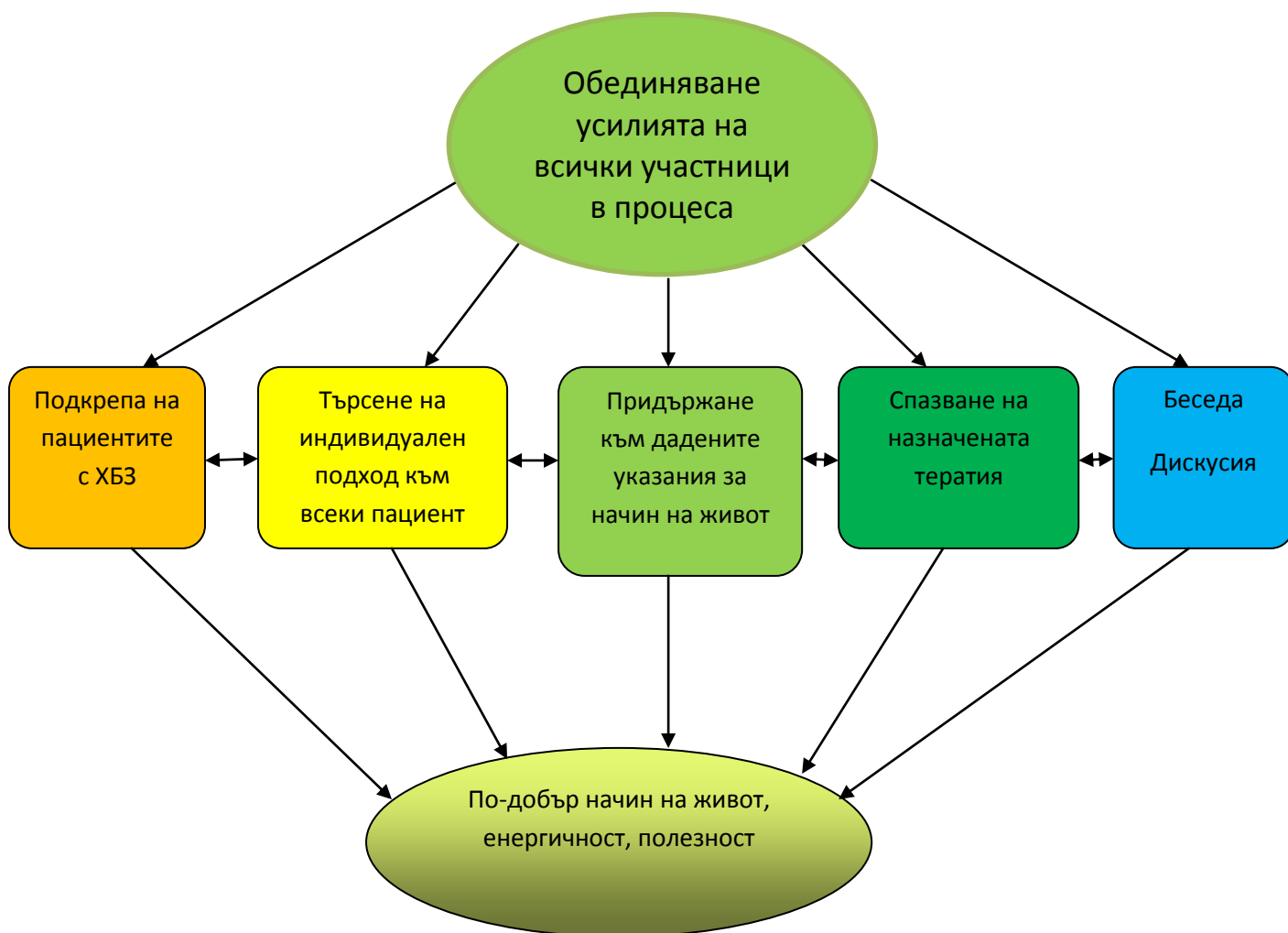
Цел на Програмата е да се повиши информираността на пациентите относно необходимия хранителен режим, грижите за СД и начините за повишаване на СА. На участниците в проучването е предоставена образователна брошура “Как да живеем с хемодиализно лечение”.

Сред пациентите се проведена анкета, която включва въпроси относно информираността им за това как да се грижат за СД, разрешените храни, които да консумират и др.

Рядко пациентите получават обучение за заболяването си и как да живеят с него, ако то е до края на живота им, и как да следват подходящ начин на живот. Неспазването на правилата води до усложнения по време на ХД процедура и в дните между диализите. Непридържането към терапията, предписана за дома, води до усложнения от различно естество.

При апробирането на Програмата се постигна ефективен диалог с пациентите и те имат възможност да получат емоционална подкрепа както от персонала, така и един от друг. Развива се самоконтрол у тях, чрез беседите се цели приучване към правилен режим и начин на живот, провеждат се индивидуални и групови беседи, при необходимост и при възникнали въпроси в дните, в които не са на диализа, е оставен телефон за връзка.

Стъпките при осъществяване на програмата започват с обединяване усилията на всички участници в процеса (фиг. 10). При провеждане на беседите и дискусиите пациентите с ХБЗ на ХД получават и необходимата им морална, емоционална и психологическа подкрепа.



**Фиг. 10. Прилагане на индивидуален подход към пациентите от медицинската сестра за всяка дейност**

При всяка диализа, в рамките на един месец (13 последователни хемодиализни процедури), се измерват и регистрират ТТ и АН в Здравна карта за мониторинг състоянието на пациентите, отбелязват се количеството на приети течности; количеството на остатъчната диуреза; употребата на забранени храни, алкохол и цигари; субективните оплаквания, както по време на диализната процедура, така и между

диализните сеанси. Здравната карта се попълва за всеки пациент от ЕГ и КГ. Анализират се получените резултати.

При груповата форма на работа са включени теми, които запознават пациентите с функциите на бъбреците и ХБЗ; какви са методите на лечение; видове СД и грижи; хранене при ХД лечение; как да водят пълноценен живот с ХД. Обученията се провеждат в зала за диализа, когато пациентите са от една и съща диализна смяна, или в стая за обучение на пациенти, при групи, сформирани от различни диализни смени. Например при групи с лица от I и II смяна занятията се провеждат след приключване на диализния сеанс за едните и преди започване за другите.

На последния етап от програмата пациентите сами оценяват КЖ и своята енергичност, посредством представения инструментариум.

➤ *Анализ на резултатите от експерименталната работа*

Анкетна карта №2 е основа за извършване на статистическа обработка, съдържа 12 въпроса. Въпроси № 1, от № 6 до № 12 се попълват от пациентите от ЕГ и от КГ; въпроси от №2 до №5 се попълват от представителите на ЕГ, тъй като проучват удовлетвореността от апробирането на Програмата. По този начин е запазена номерацията на въпросите от анкетна карта № 1, като база за сравнение на отговорите от двете анкетни карти. За анализ на резултатите от експерименталната работа се използват и данните от ВАС.

Направеният анализ се основава на 7 въпроса от анкетна карта № 2 (от №6 до №12) и на въпросите от ВАС, на които за удобство са съпоставени променливи, означени с X1, X2, ..., X10.

При подобни изследвания интерес представлява установяването на съществуващи връзки (зависимости) между въведените променливи и степента на тяхната значимост.

Абсолютният брой на връзките, установени по метода „всеки срещу всеки“ и тяхната значимост (\*\* - значима корелация при  $P = 99\%$  и \* - значима корелация при  $P = 95\%$ ) в изследваната група в началото и в края на периода е представен чрез съответните корелационни матрици, където са дадени емпиричните стойности на коефициента на Кендал.

Ако емпиричната стойност на коефициента на Кендал е по-малка по абсолютната стойност от критичната му стойност, т.е. ако  $|r_{em}| < r_{cr}$ , то се приема нулевата хипотеза и се счита, че коефициентът е статистически незначим. В противния случай ако  $|r_{em}| > r_{cr}$ , то се отхвърля нулевата хипотеза и се счита, че коефициентът е значим.

Съдържание имат само значимите коефициенти, от гледна точка на статистическия анализ. В началото на периода броят на значимите корелации за ЕГ е 14, а в края е 16.

Сравнителният анализ показва, че в края на периода 6 от установените значими корелации се усилват. Промяна се забелязва в силата на връзката между упражняване на любимо занимание (X7) и поведение при неработещ СД (X5), при която коефициентът на корелация нараства от 0,458 до 0,562. Упражняването на любимо занимание може да е свързано с натоварване на крайника с конструиран СД, което да доведе до неработеща AV фистула/протеза.

Подобни промени се забелязват и при способност за извършване на обичайни ежедневни дейности (X9) и поведение при неработещ СД (X5) с нарастване на коефициента на корелация от 0,285 до 0,380; както и между способност за извършване на обичайни ежедневни дейности (X9) и оценка на енергичност (X8) от 0,943 до 0,970. Извършване на дейностите в обичайното ежедневие могат да доведат до неработещ СД. Важно е правилното поведение при подобни ситуации, т.е. провеждането на спешен консулт със съдов хирург. От своя страна способността за осъществяване

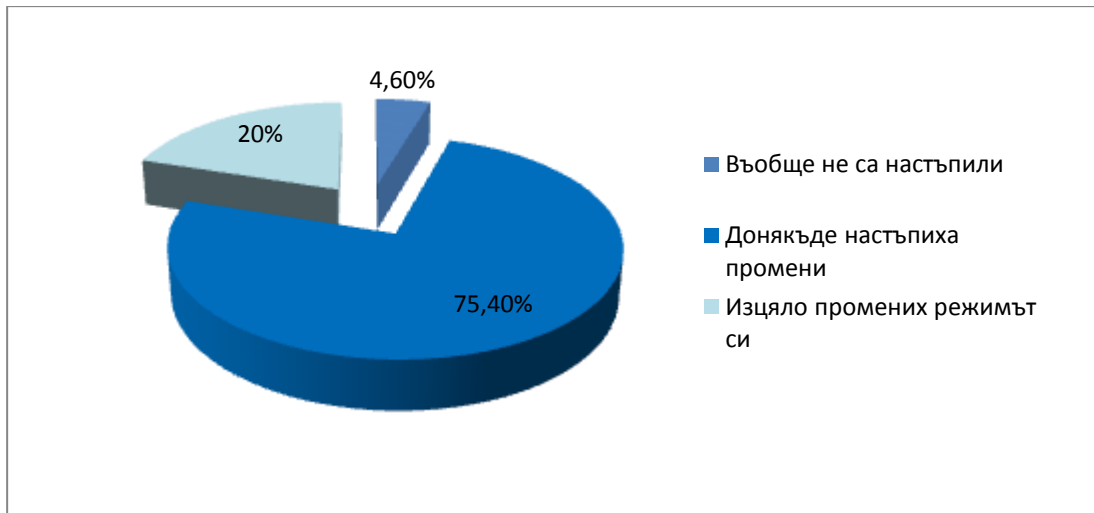
на същите всекидневни неща, както и преди започване на ХД, оказват положително влияние върху енергичността на пациентите.

Съществена разлика откриваме и при оценка на общо КЖ (X10) и:

- упражняване на любимо занимание (X7), където коефициентът в началото на периода е 0,267 и в края на периода е 0,336;
- оценка на енергичност (X8) – с коефициент 0,559 в началото и 0,685 в края;
- способност за извършване на обичайни ежедневни дейности (X9) – с коефициент 0,623 в началото и 0,704 в края.

Пълноценното осмисляне на времето с хоби, чувството за жизненост, енергичност и пълноценност от вършенето на нещата от ежедневието допринасят за подобряване на КЖ на пациентите на ХД.

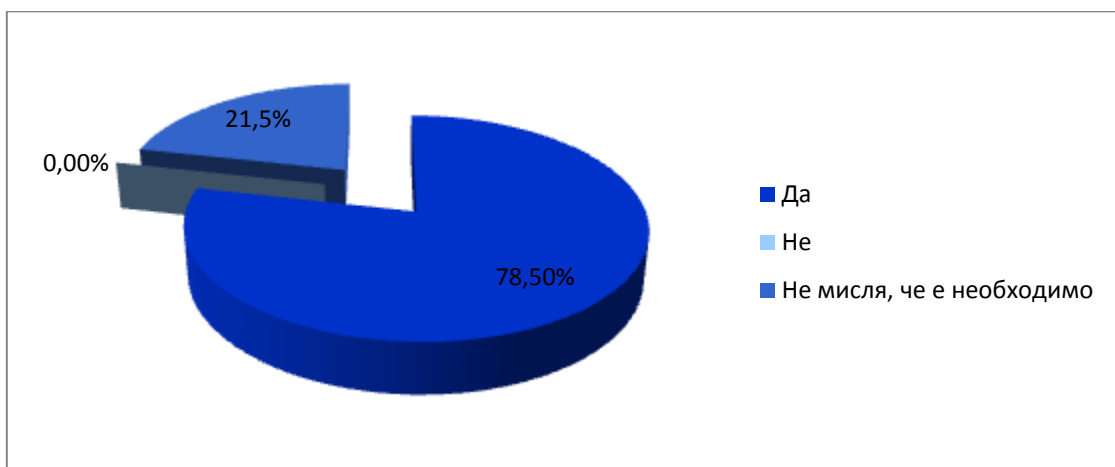
Въпроси от №2 до №5 на анкетна карта №2 изследват удовлетвореността на пациентите от провеждането на Програмата; настъпилите промени в извършването на обичайни дейности в ежедневието; промени в режим и начин на живот; удовлетвореност от КЖ; доколко се придържат към правилата за хранене и след приключване на програмата. Оценката на тези показатели е основата за постигане на положителни резултати. Важно е не само да информираме пациентите, но и да проследим промяната в тяхното поведение, което показва до каква степен са усвоили и прилагат новите знания и умения за живот с ХД (фиг.11).



**Фиг. 11. Настъпили промени в извършването на обичайни ежедневни дейности след провеждането на програмата**

Получените резултати показват, че най-висок е процентът на тези болни, при които донякъде са настъпили промени при извършването на обичайните дейности в ежедневието (фиг. 11). Резултатът показва, че въпреки краткият период (1 месец) за прилагане на програмата, 20% от участниците изцяло са променили режимът и начинът си на живот с ХД.

Спазват ли правилата за диетичен режим и след приключване на изследването е показано на фиг. 12.



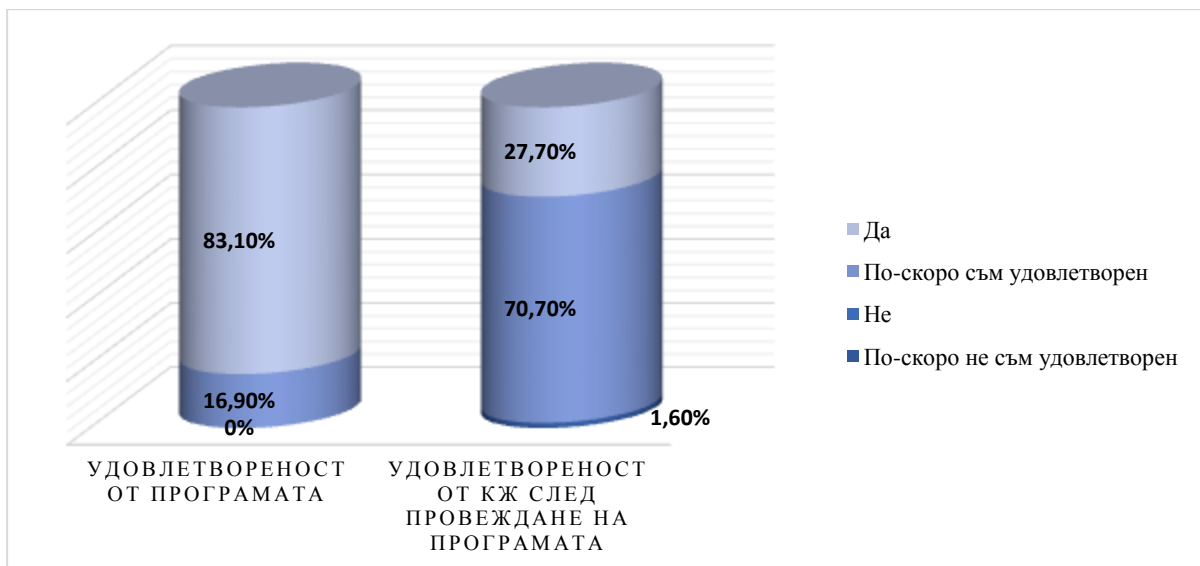
**Фиг.12. Придържане към правилата за диетичен режим след провеждането на програмата**



Изследването доколко се придържат към режима след апробирането на Програмата показва напредъкът в прилагането на получената информация, което кореспондира с пълнотата и полезността на предоставената информация.

Удовлетворяващ е полученият резултат, който показва, че продължават да се придържат към правилата 78,5% от пациентите. Значително по-нисък е процентът при тези, които мислят, че това не е необходимо – 21,5% (фиг. 12). Пациентите в значителна степен са променили отношението си към живота с ХД, осъзнали са необходимостта от промяната на хранителните си навици, което е основен фактор за повишаване КЖ при пациенти на ХД.

Проучване удовлетвореността на пациентите е съществен елемент от прилагането на програмата „Да живееш с хемодиализа“, който измерва задоволството им от приложената комплексна грижа. Показаните резултати на фиг. 13 представляват обратната връзка от страна на пациентите за полезността на програмата.



**Фиг. 13. Удовлетвореност от програмата и от качеството на живот след провеждане на програмата**

Болните на ХД се нуждаят не само от здравни грижи, но и от психологическа подкрепа, съвети, напътствия, чрез които да се приспособят и справят с новите проблеми и с новия начин на живот.

При направения анализ на резултатите установяваме, че е постигната висока удовлетвореност (83,1%) от прилагането на Програмата. Това показва, че пациентите са доволни от положените за тях грижи. Нисък е процентът на тези, които са отговорили, че по-скоро са удовлетворени (16,9 %). Липсват отговори в категориите „не съм“ и „по-скоро не съм удовлетворен“.

Придобитите знания за живеене с ХБЗ и прилагането им в ежедневието, неминуемо водят до промяна на мирогледа и грижите към себе си. Когато човек приема себе си такъв, какъвто е, вярва в себе си, има силата и желанието да промени своето ежедневие, може да се справи с всички предизвикателства, които животът му поднася. Стъпка по стъпка да прави положителни промени. Именно такива положителни промени водят до подобряване на КЖ. Категорично удовлетворени от КЖ са 27,7%; значително по-висок е процентът на пациентите, които по-скоро са удовлетворени – 70,7% (фиг. 13).

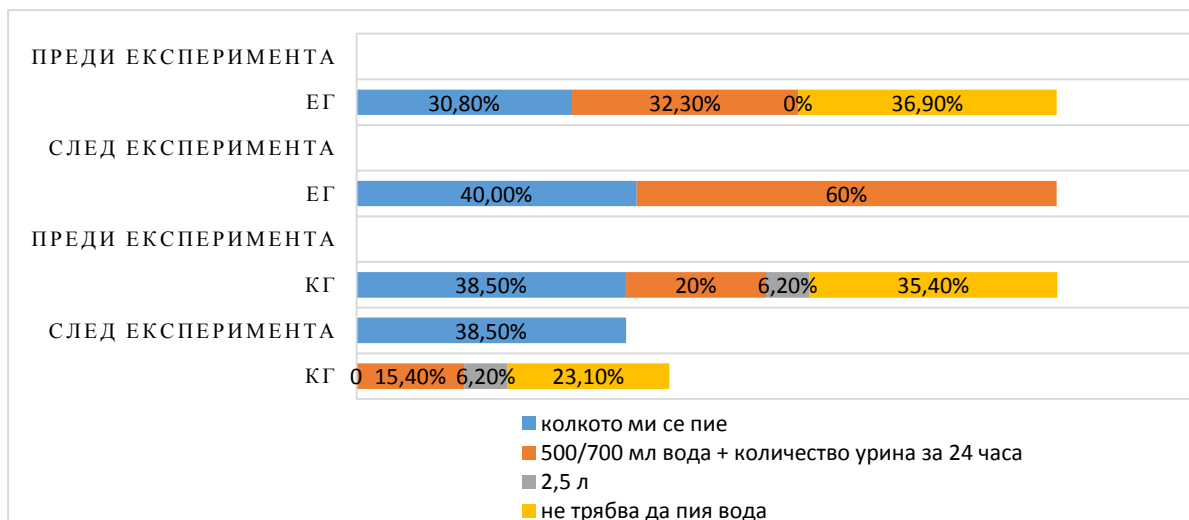
Въпреки че участниците в изследването показват добри резултати като цяло, има и незначителен процент, които по-скоро не са удовлетворени от КЖ (1,6 %) след провеждането на Програмата. Това показва, че има какво да се желае. Заслужава си да се борим дори и за един пациент.

#### ***4.2. Обсъждане на резултатите за КЖ на болни с ХБЗ на ХД***

За събиране на необходимата информация, свързана с *качеството на живот* са използвани следните критерии – спазване на диетичен режим, функциониращ СД, СА, способност за извършване на обичайни дейности, самооценка на КЖ.

### Критерий 1. Спазване на диетичен режим

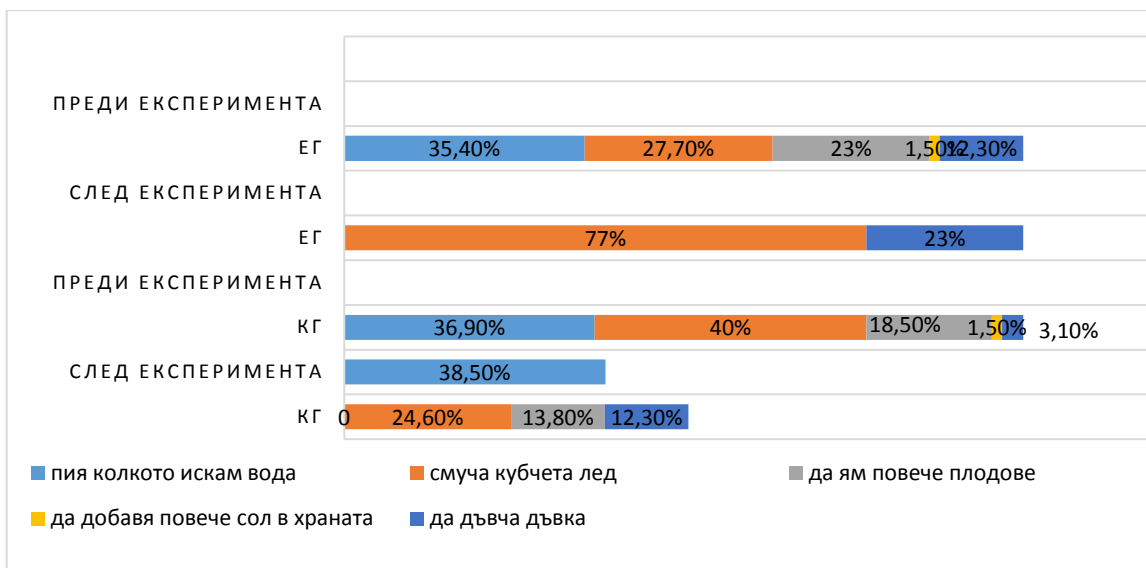
Спазване на препоръките за хранителен режим при ХД до голяма степен определя здравето на пациента, облекчава състоянието и допринася за намаляване на усложненията от провеждането на процедурата. Един от наблюдаваните показатели е режимът на хранене чрез правилен прием на течности (фиг. 14) и неконсумиране на забранени храни.



**Фиг. 14. Количество приети течности за един ден**

Установено е увеличение броя на пациентите от ЕГ, които знаят правилно да определят дневния прием на течности. Намираме статистически значима промяна преди и след приключване на Програмата при  $\alpha=0,000 < 0,05$ .

Количеството течности, които пациента приема за един ден, е свързано с чувството за жажда (фиг. 15).

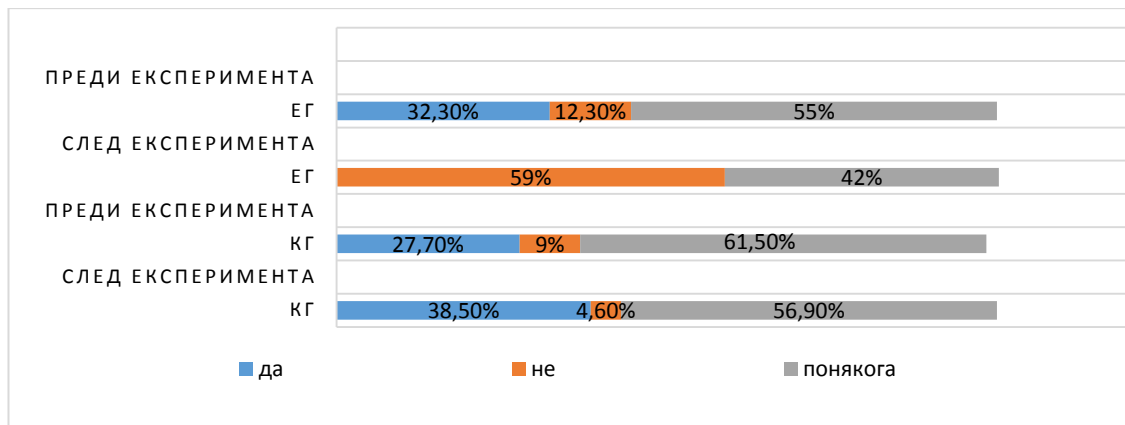


**Фиг. 15. Поведение при неутолима жажда**

При изследването на поведението при неутолима жажда беше намерена съществена разлика  $\alpha=0,025$ , като лицата от EG посочват, че смучат кубчета лед и дъвчат дъвка.

Количеството приети течности от пациентите за един ден (X1) оказва влияние върху оценката за общо КЖ (X10). Приемането на голямо количество течности от пациентите на ХД води до хиперхидратация, задържане на течности в организма и до усложнения. Поради соматични оплаквания от страна на сърдечно-съдовата система, дихателната система и нарушения в общия статус на пациента, оценката на общото КЖ е ниска.

Освен контрол на приетите течности, спазването на определен диетичен режим се изисква и ограничаването на някои храни, като например пушени меса и ядки. Те са богати на  $K^+$  и обикновено са солени (фиг. 16).



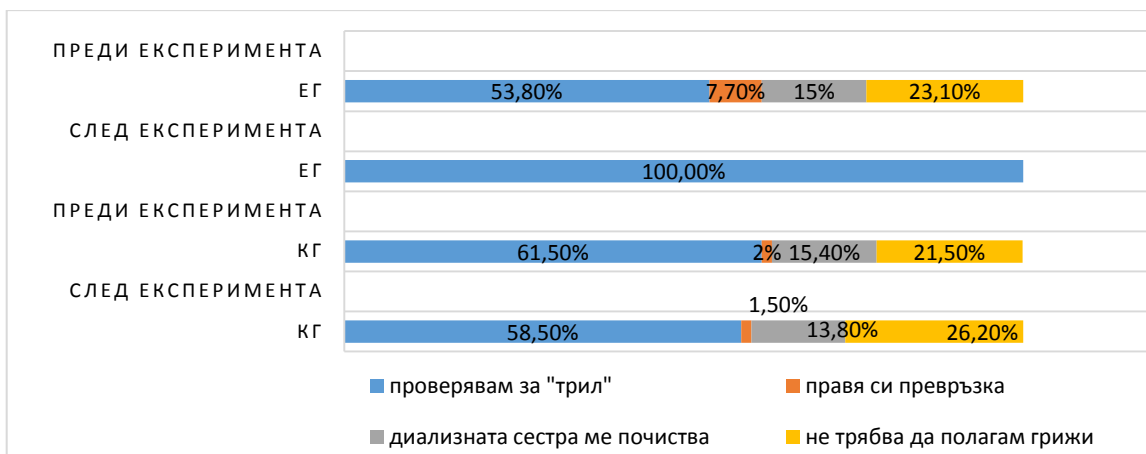
**Фиг. 16. Консумиране на пушени меса и ядки**

Не се открива статистически значима разлика при консумирането на тези забранени храни ( $\alpha=0,670$ ) и това е зона, върху която още трябва да се работи. Проверката за приемане или отхвърляне на нулевата хипотеза, която гласи че приложената интервенция не влияе за подобряване на консумацията на забранени храни, също показва  $\chi^2_{emp} < \chi^2_T$  следователно приемаме нулевата хипотеза, т.е. интервенцията не е оказала влияние върху консумацията.

В края на периода се появяват нови значими корелации. Ограничаване приема на пушени меса и ядки (X2) оказва влияние върху поведението при неутолима жажда (X3)  $P = 95\%$ . Намаленият прием на пушени меса и ядки, които са солени, води до ограничаване на количеството приети течности.

### **Критерий 2. Съдов достъп**

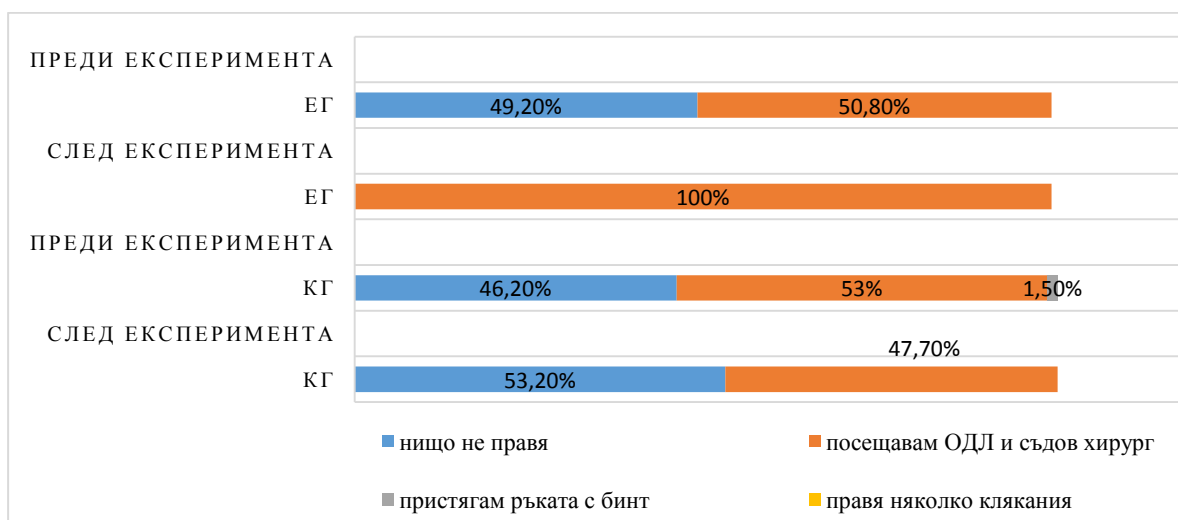
Наблюдението на този показател е важно, защото неработещата AV фистула/протеза води до усложнения, които застрашават животът на пациента ( фиг. 17).



**Фиг. 17. Грижи за СД**

След провеждането на експеримента установяваме, че всички пациенти от ЕГ полагат грижи за СД като всекидневно проверяват за наличието на „трил“.

Правилното поведение при неработещ СД (X5) оказва позитивно влияние върху оценката за общо КЖ (X10). Когато пациентът установи, че AV фистула/протеза не функционира незабавно трябва да се насочи за приемане в стационар, поради спешността на състоянието му. Своевременният консулт със съдов хирург и последващата реканализация, при неработещ СД, предотвратява поставянето на временен съдов катетър и съответно се запазва общото КЖ (фиг. 18).



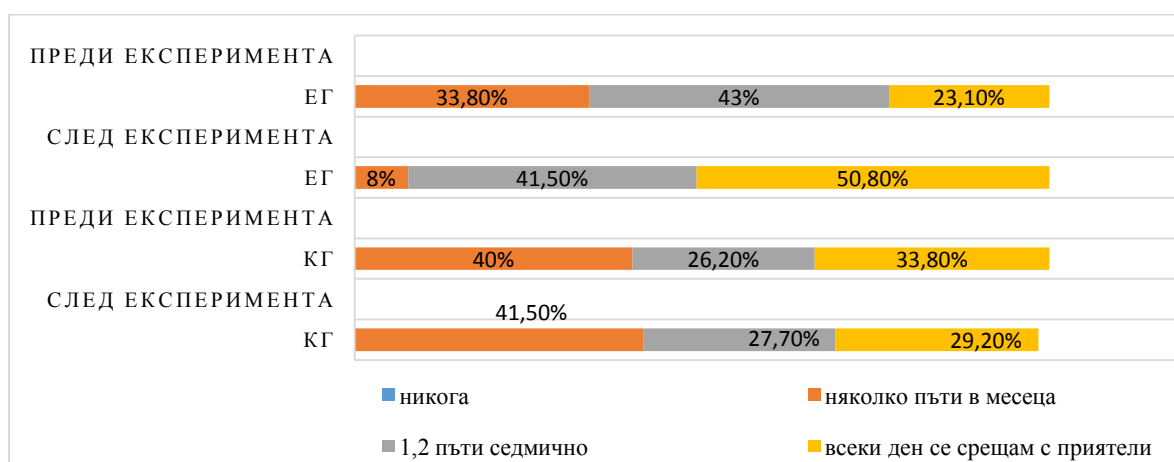
**Фиг. 18. Поведение при неработещ СД**

Резултатите, представени на фиг. 17 и на фиг. 18, показват, че всички пациенти от ЕГ знаят как да се грижат за СД и какво да правят, когато възникне проблем с тяхната AV фистула/протеза. Беше намерена статистически значима разлика в отговорите на пациентите относно грижите, които трябва да полагат за СД, и поведението им при неработеща AV фистула/протеза –  $\alpha=0,000$ .

Неработещият СД (X5) оказва влияние върху оценката на енергичността от пациентите (X8)  $P = 99 \%$ . Когато AV фистула/протеза няма „трил“, пациента се хоспитализира в отделение по Съдова хирургия за реканализация или за конструиране на нов СД. Ако постъпването му в отделението не е било навременно се налага поставянето на временен съдов катетър за осъществяване на ДП. Това ограничава пациента и съответно оказва отрицателно влияние върху неговата енергичност.

### Критерий 3. Социална активност

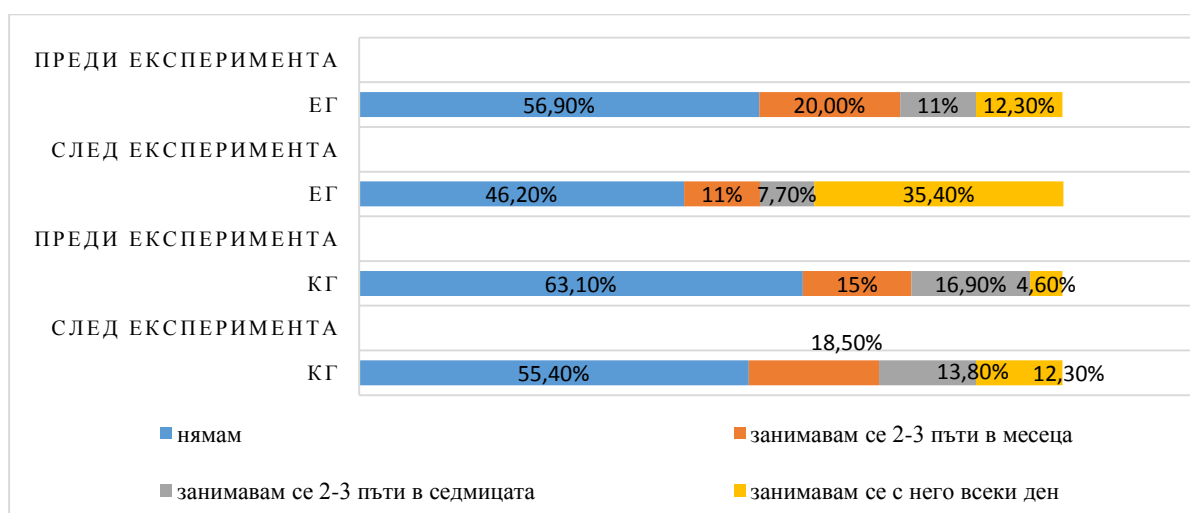
Запазването на активния живот и след започване на ХД е важен показател, който способства за добро КЖ. Общуването с приятели и познати спомага за ресоциализацията на пациентите на ХД (фиг. 19).



Фиг. 19. Общуване с приятели и познати

Установява се статистическа значимост ( $\alpha=0,000$ ) на получените резултати, което означава, че пациентите са подобрили СА чрез срещи с приятели и познати. Сравнителният анализ показва, че относителните дялове се изменят в посока на подобряване на уменията за социално общуване ( $P=100\%$ ).

Осмислянето на свободното време с някаква приятна дейност и хоби придават пълноценност на ежедневието и създават чувство за полезност (фиг. 20).



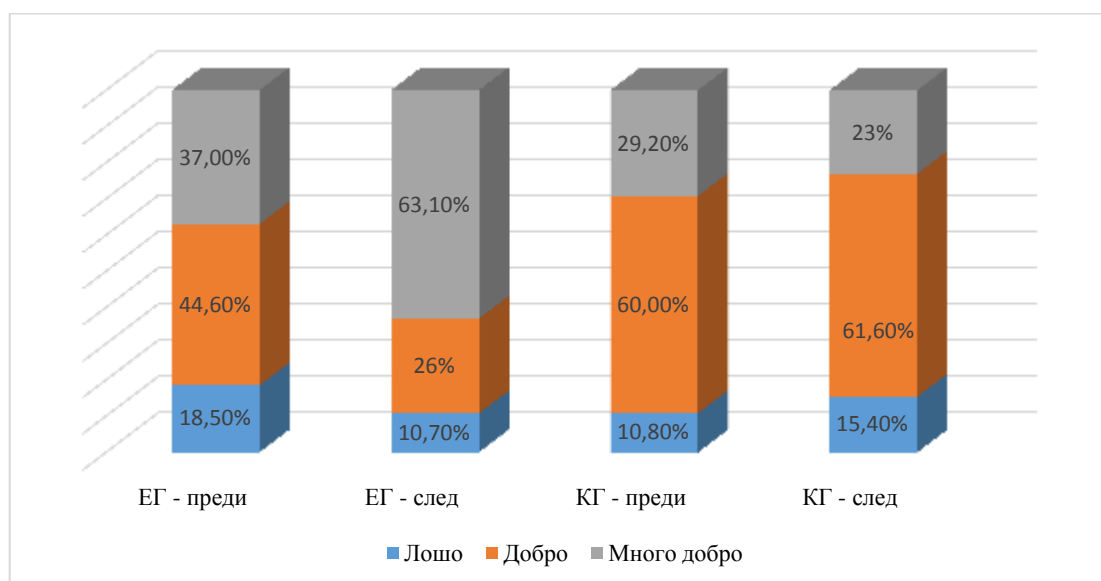
**Фиг. 20. Хоби**

При анализа на резултатите установяваме, че отговорите на пациентите са се променили в положителна посока; през свободното си време те практикуват някакво занимание. Значителен процент от участниците от ЕГ упражняват всекидневно хобито си (35,4%). По този показател намираме статистически значима промяна преди и след апробирането на Програмата ( $\alpha=0,014$ ).



#### **Критерий 4. Способност за извършване на обичайни дейности и енергичност**

След като се постави диагнозата ХБЗ, и се започне ДЛ, пациентите спират да правят някои от нещата, които са свикнали обичайно да вършат в ежедневието си. След процедурите някои от тях се чувстват изморени, без тонус и за да се приспособят към новото ежедневие с ХД е нужна малко нагласа да продължат да вършат същите неща, както преди заболяването. Сравнителният анализ показва, че относителните дялове се променят в посока повишаване на енергичността (фиг. 21) след прилагане на Програмата. Достоверността на тези изменения доказваме чрез използване критерия на Пирсън ( $\chi^2$ -критерий) в съответствие с класическата процедура за приемане или отхвърляне на работната хипотеза.



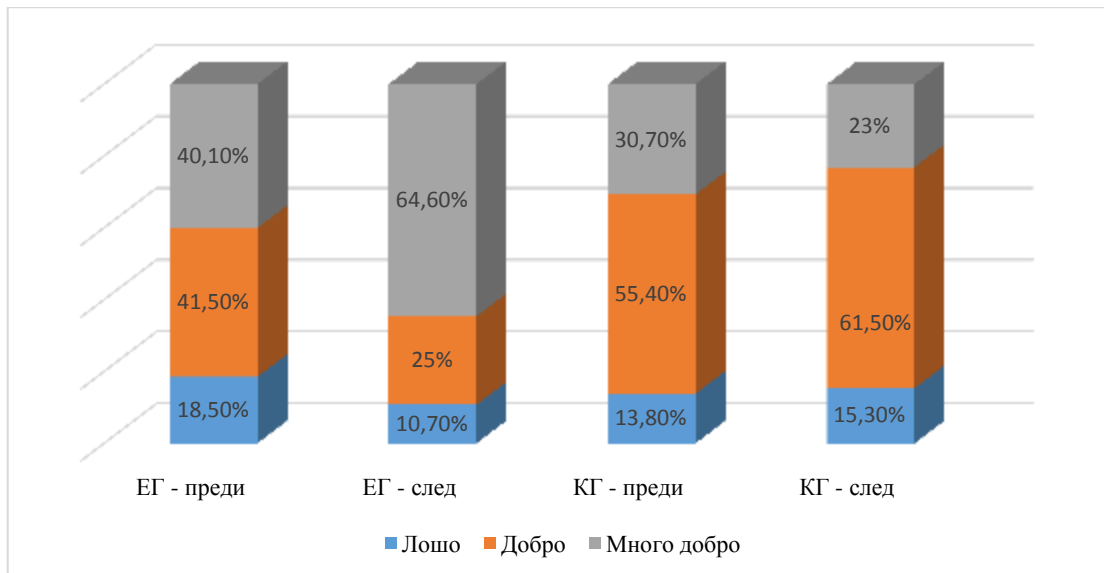
**Фиг. 21. Енергичност през изминалата седмица**

За емпиричната характеристика получаваме 16,65, а стойността на теоретичната характеристика е 16,01, определена при зададен риск за

грешка  $\alpha=0,01$ , двустранна критична област  $\alpha=0,025$  и степен на свобода  $k=7$ .

$\chi_{emp}^2 = 16,65 > \chi_T^2 = 16,01$ , следователно отхвърляме нулевата хипотеза и приемаме алтернативната, която гласи че комплексната сестринска грижа след прилагане на програмата ще повиши енергичността и СА на пациентите.

Настъпилите промени при пациентите относно способността за извършване на обичайни дейности са представени на фиг. 22.

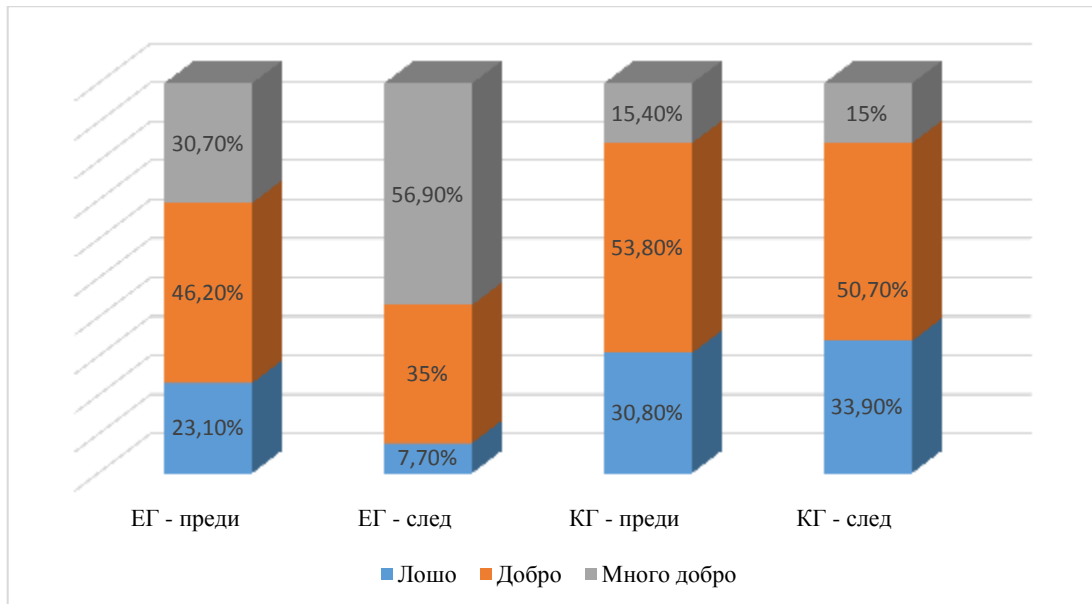


**Фиг. 22. Способност за извършване на обичайни дейности**

Запазването на физическата активност е важен аспект, тъй като пациентите, които се движат повече, живеят по-дълго и се чувстват в добро общо състояние. Този показател е важен с оглед запазване на активния живот и след започване на ХХДЛ и съхраняване на чувството за пълноценност. При оценка на способността за извършване на обичайни дейности намираме значителни различия преди и след програмата ( $\alpha=0,004$ ).

## Критерий 5. Качество на живот

Качеството на живот се определя от пациентите на ХД и за да го постигнат, трябва да полагат грижи за себе си. Ако живеят от диализа до диализа, тогава те се чувстват обречени и нещастни (фиг. 23).



Фиг. 23. Качество на живот

Анализът на резултатите след прилагането на Програмата и повторна самооценка на общото КЖ показва че, по-голяма част от пациентите определят, че са настъпили промени в ежедневието им. Изместването по скалата е вдясно за ЕГ (скала от 0 до 100) и това показва, че е постигнато чувството за пълноценност, автономност и удовлетвореност от живота с ХД.

Проверката на хипотеза отново извършваме чрез критерия на Пирсън ( $\chi^2$ -критерий). Получаваме стойност на  $\chi_{emp}^2$  22,7, а  $\chi_T^2$  е 17,53. Сравнените стойности показват  $\chi_{emp}^2 > \chi_T^2$ , следователно отхвърляме нулевата хипотеза и приемаме алтернативната, която гласи че комплексната сестринска грижа след прилагане на Програмата ще повишава КЖ на пациентите.

Увеличаването на броя на значимите корелации след провеждането на Програмата, е доказателство за положителна оценка на общото КЖ, удовлетвореност от енергичност и способност за извършване на обичайни ежедневни дейности от пациентите на ХД.

#### ***4.3. Анализ на резултати от Здравна карта за мониторинг състоянието на пациентите на ХД***

Здравната карта се попълва за пациентите от ЕГ и от КГ през 13 последователни диализни сеанси, като целта е да се проследи състоянието им и да се установи дали има промяна в началото и в края на периода, както и да се установи наличие или отсъствие на статистически значима разлика между двете групи.

Телесното тегло (ТТ) на пациентите на ХД се измерва преди и след провеждане на ДП. Въз основа на наддадените килограми между диализните сеанси се залага ултрафилтрация (УФ) на апарата за ХД. УФ е показател за количеството на приетите течности, както и режима, който е спазван от пациентите. При анализ на резултатите установяваме, че няма значителна разлика до пета визита, в шеста визита настъпва разлика, седма и осма – намалява разликата и от девета до края на визитите се задържат по-добри резултати - *Asymp. Sig. = 0.000 <  $\alpha = 0,01$ ; P = 100%*.

Артериалното налягане (АН) се измерва в началото и по време на ДП – това означава, че минимум 5 пъти се измерва и се регистрира в диализния протокол (бланка на МЗ, утвърдена с МС „Диализно лечение“) и винаги при поискване и при нужда от страна на пациента. При АН не откриваме статистически значима разлика до пета сесия, след това има значителна разлика в резултатите  $\alpha < 0,01$ .

При проследяване на субективните оплаквания по време и между диализните сеанси има статистически значима разлика  $\alpha < 0,01$  в резултатите между двете групи.

Според правилата на НЗОК за извършване на Амбулаторна процедура №1 ХХДЛ на пациентите всеки месец се правят кръвни изследвания. За целта на проучването се анализират стойностите на хемоглобин, хематокрит, урея и креатинин. Те са показател за диетичния режим, който пациентите на ХД спазват. При анализ на резултатите на хемоглобин и хематокрит няма разлика в началото на периода. Статистически значима разлика има и при двата показатели след приключване на програмата ( $\alpha < 0,01$ ).

При стойностите на урея и креатинин няма разлика в резултатите преди провеждането на програмата. Статистически значима разлика има по време и след приключване на сесиите ( $\alpha < 0,01$ ).

По показатели прием на течности за 1 ден и консумиране на храни, богати на  $K^+$ , разлика между двете групи се открива след четвърта сесия, като се наблюдава подобряване и задържане на добри резултати при ЕГ до края на периода ( $\alpha < 0,01$ ).

Препоръчително е пациентите на ХД да не употребяват алкохол и да не пушат цигари или ако правят това, да е в минимални количества. При анализа на резултатите установяваме, че статистически значима разлика между двете групи се появява чак при последната сесия ( $\alpha < 0,01$ ).

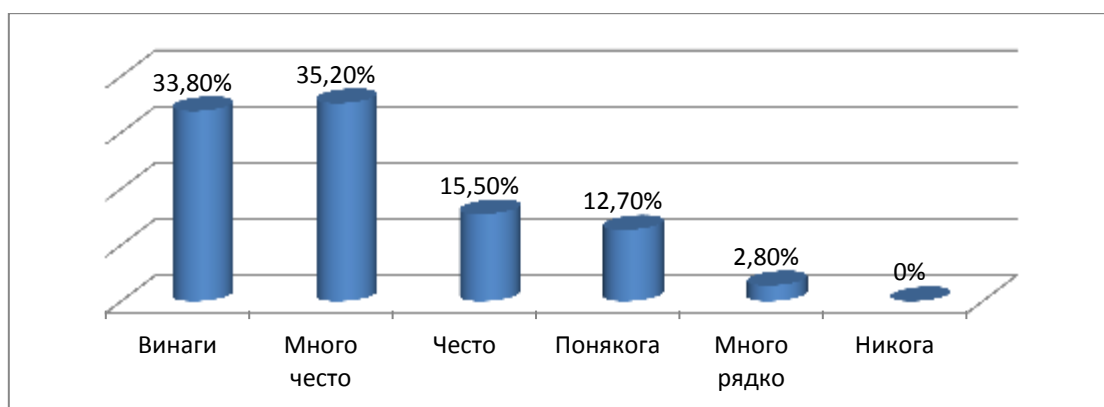
Изследване на количеството остатъчна диуреза при пациентите има връзка с количеството течности, които могат да приемат за 1 ден. Значима разлика има след първата сесия и така до края на периода ( $\alpha < 0,01$ ).

От направения анализ на здравната карта за мониторинг състоянието на пациентите на ХД установяваме, че в резултат на проведените обучителни сесии и беседи и на подкрепящата роля на медицинската сестра е настъпила промяна в режима на пациентите от ЕГ.

#### **4.4. Участие на медицинската сестра в многопрофилния екип, обгрижващ пациенти на ХД**

➤ **Обсъждане на резултати от проведена анкета със медицински сестри, относно дейностите, които извършват в диализната структура**

При започващо ХД лечение, а и след това при последващите процедури, пациентите се нуждаят от подкрепящата роля на медицинската сестра, от нейното внимание и грижи, за да се адаптират по-лесно към новото си състояние (фиг. 24). Чувствайки се зависими от апаратурата и от медицинския персонал болните хора очакват общуване, съчувствие, съпричастност, подкрепа, разбиране.

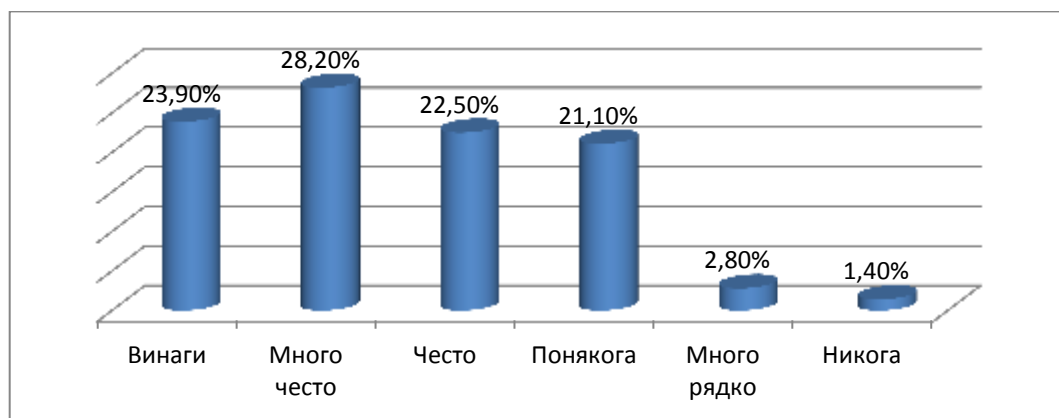


**Фиг. 24. Предоставяне на информация на пациентите за режим и начин на живот с ХД от страна на медицинските сестри**

Според резултатите, представени на фиг. 24, медицинските сестри вземат участие при информирането на пациентите за спазването на диетичен режим при ХД, като 69 % от тях винаги или много често се включват в този процес.

Съществена е ролята на специалистите върху поведението на пациентите, като резултатът се определя от силата на въздействие върху тях.

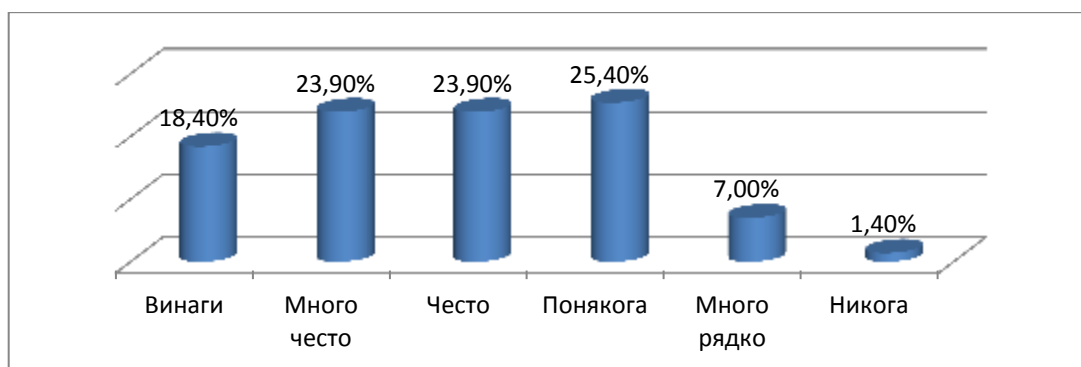
Медицинските сестри прилагат индивидуален подход при усвояването на умения за автогрижа (фиг. 25).



**Фиг. 25. Подпомагане и обучение на пациентите в усвояване на умения за автогрижа**

Пациентите на ХД трябва да се грижат за себе си и това е възможно само ако са обучени как да се справят и ако се подпомагат. В процеса се включват почти 75 % от медицинските сестри, които със своите действия подобряват мотивацията им, допринасят за положително отношение, като целта е да се намали зависимостта от близките и придружителите.

От съществено значение са и грижите, които пациента полага сам за себе си в дома (фиг. 26).



**Фиг. 26. Планиране на грижите, които пациента трябва да полага за себе си в дома**

Планирането на грижите, които пациента трябва да полага за себе си в дома, цели правилното владение на приложението на лекарства, правилен хранителен и двигателен режим, справяне с ежедневните задължения, ресоциализация, приемане на промените. Много рядко или никога не планират грижите в дома само 8,4 % от медицинските сестри. Участието на останалите се ранжира от „понякога“ до „винаги“, което съставлява 91,6 %.



## **5. Изводи, препоръки и приноси**

### **5.1. Изводи**

Ежедневието на пациентите с терминален стадий на ХБЗ е утежнено от необходимостта да провеждат ДП три пъти седмично по четири часа. За този етап на лечение се налага образователна подготовка и психологическа подкрепа. Отношенията между болестта и лечението са сложни и поражда редица психологични проблеми. Един от най - важните е начинът, по който пациентът преживява своята болест. За да се подобри КЖ на болните на ХХДЛ е необходимо те да бъдат достатъчно добре запознати с метода на лечение и правилата на живот, които трябва да спазват.

От направеното изследване и проучената достъпна литература могат да бъдат формулирани следните изводи:

1. Установи се, че в другите страни има утвърдена практика при обучението на пациенти, започващи ДЛ. В процеса участват не само медицински сестри, но и психолози, социални работници, терапевти, физиотерапевти и фармацевти.

2. Непланираният начален стадий на лечението и недостатъчната информация относно заболяването са предпоставка за провеждането на обучителни сесии както с пациентите на ХД, така и с техните близки и придружители.

3. Пациентите дават положителна оценка за полезността на брошурата „Как да живеем с хемодиализно лечение“. Значителна част от тях отбелязват, че информацията, която им е предоставена, е напълно полезна за 86,2% от ЕГ и за 60% от КГ. Това очертава необходимостта от провеждането на обучителни сесии.

4. Висок е процентът на болните, при които донякъде са настъпили промени в извършването на обичайните ежедневни дейности след провеждането на Програмата (75,4%). Изцяло са променили режимът

и начинът си на живот с ХД 20% от пациентите. Продължават да се придържат към правилата за диетичен режим 78,5%.

5. Сравнителния анализ на резултатите показва съществена статистическа разлика както по отношение енергичност ( $\alpha=0,002$ ), така и в качеството на живот ( $\alpha=0,001$ ).

6. Придобиването на знания и умения за обгрижване на пациенти на ХД се придобиват в диализните отделения. В България липсва законов регламент относно дългосрочната грижа за хронично болните и дейностите, които извършват диализните медицински сестри.

7. Анализът на резултатите от мнението на медицинските сестри показва, че е необходима специалност *„диализна медицинска сестра“* (88,7 %).

8. Въпреки краткия период (1 месец) за прилагане на Програмата, 20% от участниците изцяло са променили режима и начина си на живот с ХД. Продължителното провеждане с подкрепящата роля на медицинската сестра би довело до по-добри резултати.

9. Значителен е процентът на пациентите от ЕГ, които продължават да се придържат към правилен начин на живот с бъбречно-заместителна терапия (78,5 %).

## ***5.2. Препоръки***

Въз основа на получените резултати и направените изводи след приложената Програма *„Да живееш с хемодиализа“* и подкрепящата роля на медицинската сестра при обгрижване на диализно болни ще направим следните предложения:

***1. Към Министерството на здравеопазването и Министерството на образованието и науката:***

➤ Създаване на специалност *„Диализна медицинска сестра“* в медицинските университети и университетски болници.

➤ Да се въведе задължителна специализация за медицинските сестри, работещи в диализни структури.

### **2. Към Медицински университет:**

➤ Като част от обучението на медицинските сестри в учебния план да бъде застъпена дисциплина „Сестрински грижи за пациенти на ХД“, която може да бъде избираема или факултативна.

➤ В дисциплината Клинична учебна практика да присъства и клинична практика в Диализно отделение, с продължителност 2 седмици.

### **3. Към болничния мениджмънт:**

➤ Да се въведе брошурата „Как да живеем с хемодиализно лечение“ за диализните пациенти.

### **4. Към БАПЗГ:**

➤ Да се организира провеждането на дистанционна форма на обучение (курс) за медицинските сестри, работещи в диализна структура.

## **5.3. Приноси**

### **Приноси с теоретичен характер**

1. За първи път в България е доказана необходимостта от **обучение на пациентите на ХД** с подкрепящата роля и активното участие на медицинската сестра.

2. Обоснована е необходимостта от **въвеждане на специалност „Диализна медицинска сестра“**.

3. Задълбочено е проучена и анализирана **подкрепящата роля на медицинската сестра в многофункционалния екип** при обгрижване на диализно болни.

4. Разработени са **авторски модели** на програма „Да живееш с ХД“; информационна брошура; алгоритми за сестрински дейности; модел за провеждане на обучителни сесии с близки и придружители на болни на ХД.

5. На базата на проведените проучване и експеримент са **формулирани задачи на медицинката сестра при обслужване на диализно болни.**

*Приноси с практико-приложен характер*

1. Апробирани са авторски модели на програма „Да живееш с ХД” и информационна брошура за пациентите на ХД, която е подходяща за провеждане на обучение от медицинската сестра на пациенти, продължаващи живота си през годините с ХД.

2. Апробирани са Алгоритми за стандартизиране на дейностите на медицинската сестра и повишаване качеството на здравните грижи.

3. Експериментално са доказани задачите на медицинската сестра във връзка с провеждането на обучителни сесии с близки и придружители на пациенти на ХД.

## Научни публикации и участия във връзка с дисертационния труд

1. Тодорова, Т., Роля и място на медицинската сестра в многопрофилния екип при обгрижване на диализно болни, Сборник доклади „Здравните грижи – настояще и бъдеще“, 2017, ISBN: 978-619-978-619-221-168-4, стр. 63-68.
2. Тодорова, Т., Сестрински грижи за пациенти на хемодиализа, Здравни грижи, 2018, брой 1, стр. 35-40, ISSN 1312-2592.
3. Тодорова, Т., С. Тончева, Д. Паскалев, Подобряване качеството на живот при пациенти на хемодиализа, Здравни грижи, 2018, брой 3, стр. 39-42, ISSN 1312-2592.
4. Todorova, T., D. Georgieva, Hardware treatment techniques for hemodialyzing treatment, Knowledge – International Journal Budva, Montenegro, 2018, № 23.2, pp. 391-746, ISSN 2545-4439.